

介護保険 郵便物転送（転送解除）申請書

坂 出 市 長 殿

介護保険にかかる郵便物の転送（転送解除）を下記のとおり申請します。
 なお、本件について問題が生じた場合は私(申請者)が責任をもって処理し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを誓約いたします。

(※) 申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所・電話番号は記載不要です。↓

		申請年月日	年 月 日
申 請 者	フリガナ	本人との 関 係	本 人 ・ 世帯主
	申請者氏名		その他 ()
	申請者住所 (※)	〒 - 電話番号 - -	

被 保 険 者	被保険者 番 号										
	フリガナ					生年月日	年 月 日				
	被保険者 氏 名					性 別	男 ・ 女				
	現 住 所	〒 - 電話番号 - -									

転 送 先	転送先 住 所	〒 - 電話番号 - -				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	転送先 宛 名					<input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ
	転送期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				

理 由 等	() 転送を 申し ます。 理由は 右記の とおり () 転送を解除 します。	1 被保険者証はじめ、書類等を管理する能力が本人にないため、 [続柄・]の[氏名・] まで郵送してほしい。 2 成年後見人制度による介護保険書類の管理のため。 3 郵便局で転送手続きを行う予定だが、間に合わないため。 4 本人が施設入所（ショートステイを含む）または入院で不在となるため。 5 本人死亡のため。 6 その他 []
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

記入欄	上記申請を受け付けてよろしいか。						
	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	介護保険係	入力	受付