

介護保険被保険者証等送付先申請書

申請者氏名		本人との 関係	
申請者住所		連 絡 先 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日		
	住 所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
郵 送 を 希 望 す る 送 付 先	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
申 請 理 由				
上記の理由により、郵送物の送付先を申請します。 年 月 日				

※関連部署との情報共有についての確認

以下の部署との連絡先住所の情報共有を希望しますか。 （ はい ・ いいえ ） ☐税務住民課（税金等に関すること） ☐健康づくり推進室（後期高齢医療に関すること）
--