

介護保険関係書類 送付先変更解除届

令和 年 月 日

(あて先) 奈良市長

介護保険関係書類の送付先変更について届けておりましたことについて、下記の理由により解除していただきたく依頼します。

【申請者】 ☐ ←被保険者本人の場合は左の□に✓をつけることで、氏名以外の記入は省略できます。

住 所	〒		
氏 名		※申請者の自署でない場合、氏名の横に押印が必要です。	
電 話 番 号	— —	被 保 険 者 と の 続 柄	

【被保険者】

住 所	〒									
氏 名		生 年 月 日	明・大・昭		年	月	日			
電 話 番 号	— —	被保険者番号	0	0	0					

【送付先として指定している住所】 ☐ ←申請者の住所と同じ場合は左の□に✓をつけてください。

住 所	〒									
	様方									
電 話 番 号	— —	被 保 険 者 と の 続 柄								

【解除理由】

☐送付先変更が不要となったため

☐送付先として指定する住所を変更するため

☐その他 ()

送 付 先 利用区分	☐ 介護共通	☐ 資格記録	☐ 給付実績	受 付 欄
	☐ 賦課	☐ 収納	☐ 汎用台帳	
	☐ 徴収管理更新有 ☐ 徴収管理更新無			
処 理 日	令和 年 月 日 (入力： / 確認：)			