送付先変更申出書

砺波市健康センター所長　あて

令和　　年　　月　　日

送付先の変更を下記のとおり希望します。

申請者	住所	〒　　電話番号　　－　　－
	氏名	フリガナ
被保険者との関係		本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・姉妹 ・孫 成年後見人 ・ その他（具体的な関係：　　） ※成年後見人が申請される場合は、登記簿記載証明などの写しを添付してください。

送付先の変更が必要な方	住　所	〒		
	氏　名		性別	男 ・ 女
	生年月日	明治、大正、昭和　　年　　月　　日		
	要介護状態区分	要介護（　） ・ 要支援（　） ・ 申請中 ・ なし		
変更の事由		1．一人暮らしで（ ① 施設入所中のため ・ ② 認知症のため ） 2．その他 （　　）		
新送付先		□　申請者に同じ （☑してください）		
	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名 施設名			

処理事項（□にチェックをつける。）　本人確認の①は写真有なら１点で可、②は２点必要。確認したものに〇をする。

□　本人確認　　① 運転免許証・パスポート・住民基本台帳カード・身体障害者手帳・その他（　　）
上記の記号番号等（　　）
② 旧介護保険被保険者証・医療保険証・国民年金手帳・年金証書・その他（　　）