

介 護 保 険 送 付 先 変 更 届		
被保険者番号	0000	
被 保 険 者	住 所	長岡京市
	氏 名	
	生年月日	大・昭 年 月 日生
送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	郵便番号	〒
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	() ー
送付先を 必要とする理由		
(75歳以上の方のみ) 後期高齢者医療制度 の送付先設定		希望する ・ 希望しない
<p>上記のとおり送付先を変更いただくよう届出します。 なお、送付先変更に関する一切の責任は私（申請者）が負います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>長岡京市長 様</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所： _____</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">氏 名： _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号：() ー _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との関係： 本人 ・ その他 () _____</p>		

※ 申請者の本人確認書類(免許証等)の写しの添付をお願いします。

※ 送付先に郵送物が届かない場合は、登録を解除する場合がありますのでご了承ください。

以下 市役所記入欄

申請者確認書類 (写し添付)	免許証 ・ 介護保険証 ・ 健康保険証 マイナンバーカード ・ その他 ()						
備考	補記		受付		後期受渡		入力