

介護保険送付先変更解除依頼書

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																
	氏名			生年月日															
	住所	〒	電話番号																

[通知書等送付先]

すべて（保険料・給付・減免・認定） ※解除したい通知類に○をつけてください。

この申請に基づき、送付先の変更解除を申し出ます。

本人氏名 _____ (代筆者名) _____

解除理由 _____