

介護保険関係書類送付先設定票

※太線の枠内をご記入ください。

被保険者番号											
被保険者氏名 (本人)						生年月日					
						M・T・S	年	月	日		
送付先住所等	郵便番号			—	TEL			—	—		
	住所： ()様方										
	宛名：										
送付先設定 依頼者	氏名				被保険 者との 関係	配偶者・子・孫・ 親族・その他 ()					
	TEL					—	—				
送付先設定理由	施設入所・独居・死亡・その他 ()										
受付者(録取者)	※備考欄										
情報入力者	入力年月日			入力確認(保険料)				入力確認(給付)			
	/										