

依頼年月日 令和 年 月 日

様

依頼者 住所  
氏名 印  
被保険者との関係 [ ]  
電話番号( ) -

## 介護保険被保険者証等郵便物に関する転送依頼書

介護保険に係る被保険者証等郵便物の転送について、下記のとおり依頼いたします。

被保険者証・番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
被保険者氏名	性別	生年月日											
	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日											
現住所 <small>(住民登録住所)</small>	〒 -	電話番号( ) -											
転送先住所 <small>(転送希望先)</small>	〒 -	電話番号( ) -											
転送期間	年 月 日 から 年 月 日 まで												
転送を希望する理由 <small>(○をつける)</small>	1. 単身世帯で、現在入院中のため自宅(住民登録地)にて郵便物を受け取ることができない 2. 単身世帯で、現在介護保険施設に入所中であるため自宅(住民登録地)にて郵便物を受け取ることが出来ない 3. その他 ※特別な事情がある場合に記入してください [ ]												
処理内容	〈確認方法〉免許証・健康保険証・その他( ) ※依頼者確認		受付										
備考欄													