

## 郵便物送付先（登録・変更・削除）依頼書

令和 年 月 日

次のとおり、介護保険制度に関する郵便物の送付先変更を依頼します。

### ①申請者（送付先変更を依頼する方）

フリガナ 氏名		本人との関係	
住所	〒 電話番号		

### ②対象者（送付先を変更したい被保険者本人）

被保険者番号			
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 電話番号		

### ③送付先情報 申請者と同じ（記入不要）

フリガナ 氏名		本人との関係	
住所	〒 電話番号		

※最終的な送付者氏名は、被保険者ご本人になります。

（【送付先氏名】様方 【被保険者本人】様 という表記になります。）

---

草加市使用欄	
本人確認	運転免許証・保険証・マイナンバーカード・その他（ ）
備考	