

## 送 付 先 住 所 取 下 届 出 書

小 平 市 長 殿

届出人 住所

氏名

介護保険に関する通知書又は文書等を下記の送付先に送付されるよう届け出ましたが、これを取下げます。

### 記

(1) 被保険者

被保険者	番 号									
	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日	明・大・昭		年		月		日		
	住 所	〒								
	電話番号									

(2) 送付先（取下げ）住所等

送付先 (取下げ)	フリガナ									
	氏 名									
	住 所	〒								
	電話番号									
送付先の取下げを希望する文書（*右の1～4の文書で希望する番号に○をご記入ください。）		1. 介護保険に関する文書すべて（2～4の全て）								
		2. 納付（介護保険料納入通知書、還付通知書 など）								
		3. 認定（認定結果通知、被保険者証、負担限度額認定証、負担割合証 など）								
		4. 給付（高額介護サービス費給付のお知らせ など）								

主管課処理欄	
確認	入力