介護保険通知郵送先宛名転送廃止届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** |  | 被保険者番号 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 廃止する転送先 | 〒 |

令和　　　年　　　月　　　日

北広島町長　様

介護保険に係る書類の転送を廃止するよう申請します。

申請者（被保険者との関係　　　　　　　　　　　）

名前

住所

電話