

介護保険関係通知送付先変更連絡票

| | | | | | |
|-------|--------|------------|--------|-------|--|
| 申し出た人 | フリガナ | | 受付日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | 本人との関係 | | |
| | 連絡先 | 〒 (電話) | | | |
| | 申し出理由等 | | | | |

| | |
|--------|--|
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |

| | | |
|-----|----|------------|
| 送付先 | 住所 | 〒 (電話) |
| | 宛名 | |

対象通知確認欄

| 区分 | 認定通知関係 | | 給付関係 | | 保険料関係 | |
|--------------|--------|----------|------|-------|--------------------|--|
| | 結果通知関係 | 更新のお知らせ | 高額 | 利用料減免 | 保険料通知 | |
| 送付先利用有無(○・×) | | | | | | |
| 担当者確認印 | レセプト添付 | MCWEL 入力 | | | MCWEL 入力 エクセル入力 | |