

介護保険送付先変更届

年 月 日

(あて先) 筑後市長

下記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を現住民票住所でなく、下記住所に変更するよう依頼します。届出にあたり、送付先変更に関する事項は、被保険者の了承を得ています。また、届出により生じた問題は届出人が責任をもって対処することを了承し、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。

【注意】代理人が届出を行う場合は、別途委任状の提出が必要です。

<u>届出者</u>	<u>住所</u>
被保険者との続柄	フリガナ
1 本人	氏名
2	電話 - -

送付先変更書類 (複数選択可)	今後変更後の送付先に 常時届く通知	<input type="checkbox"/> 介護保険料関係通知 <input type="checkbox"/> 高額介護サービス費等の給付関係通知		
	認定・再交付申請の都度 送付先指定が必要な通知	<input type="checkbox"/> 資格証等の再発行 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定結果通知 <input type="checkbox"/> 利用者負担限度額認定通知		
被 保 険 者	個人番号			
	被保険者番号			
	フリガナ			生年 月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 電話番号() - -	
変 更 後 の 送 付 先 (新 規 ・ 変 更)	宛先	〒	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 電話番号() - -	
	フリガナ			
	氏名			
		【被保険者との続柄】		
変 更 理 由	1. 送付先住所に長期間滞在している。			
	2. 高齢等により郵便物を紛失する恐れがある。			
	3. 家庭の事情で郵便物を受け取ることができない。			
	4. その他、特別な理由がある。(理由:)			
解 除 理 由 等	1. 上記変更理由により変更する必要がなくなったため。			
	2. その他(理由:)			

被保険者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()				
届出人の本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()	受付者印	受付日	端末入力日	入力確認印