

介護保険 送付先変更届

年 月 日

和泉市長あて

介護保険に係わる認定結果通知書、被保険者証、保険料納入通知書その他介護保険関係のすべての書類について、下記住所への送付先変更を届出ます。この届出にあたる関係者への説明は責任をもって行います。なお、再度送付先変更をする必要がある場合は、すみやかに届出ます。

被 保 険 者 (本 人)	被保険者 番号	生年月日	年 月 日
	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒 - 様方	

送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 に、送付先の変更を希望します。		
	<input type="checkbox"/> 下記宛先 に、送付先の変更を希望します。		
	住 所	〒 - 様方	
	電話番号	() -	被保険者との続柄
	申請者住所以外 の住所を送 付先と する場合	<input type="checkbox"/> 私（申請者）は、この宛先に介護保険関係書類の一切を送付することについて、 宛先の者に同意を得ています。	

申 請 者	フリガナ	被 保 険 者 と の 続 柄	<input type="checkbox"/> 本 人
	氏 名		<input type="checkbox"/> 家 族
	住 所		続柄()
	電話番号		<input type="checkbox"/> そ の 他
	送付先 変更の 理 由		続柄()
	※被保険者(本人)が申請する場合はこの住所欄の記入は不要		※後見人・保佐人が申請 される場合は、登記事項 証明書を添付してくださ い。
	〒 - 様方		
	() -		
	<input type="checkbox"/> 本人が受取困難なため	<input type="checkbox"/> 住所地に居住していないため	
	<input type="checkbox"/> 入院・入所中のため	<input type="checkbox"/> その他()	

【委任欄】
私に係わる介護保険関係書類の送付先変更の権限について、申請者に委任します。
本人氏名 _____
※本人(被保険者)が自署しない場合は、記入押印をしてください。

※送付時の宛名は「送付先方 被保険者(本人)宛」が印字されます。
※送付先配達不能による返戻等があった場合は、住民票登録地へ送付する場合がございます。
※本届出を提出された後でも、事務処理の都合により、送付書類が行き違いにて
変更前の送付先へ発送される場合がございますが、何卒ご容赦ください。

【事務処理欄】	受付日	確認者		
----------------	-----	-----	--	--

記入例

介護保険 送付先変更届

年 月 日

和泉市長あて

介護保険に係わる認定結果通知書、被保険者証、保険料納入通知書その他介護保険関係のすべての書類について、下記住所への送付先変更を届出ます。この届出にあたる関係者への説明は責任をもって行います。なお、再度送付先変更をする必要がある場合は、すみやかに届出ます。

被保険者 (本人)	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	△年 △月 △日
	フリガナ	イズミ ハナコ		
	氏名	和泉 花子		
	住所	〒 594 - 8501 和泉市府中町二丁目7番5号		

被保険者(本人)の
氏名・住所等をご記入ください。

送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所	に、送付先の変更を希望します。		
	<input type="checkbox"/> 下記宛先	に、送付先の変更を希望します。		
	住所	〒	様方	
	電話番号	()	被保険者との続柄	

該当項目に「✓」を入れてください。
※申請者住所以外に送付を希望の場合は、この送付先欄に送付先住所・氏名(様方)等をご記入ください。

★申請者住所以外の住所を送付先とする場合はこちらにも「✓」を入れてください。

私(申請者)は、申請者が介護保険関係書類の一切を送付することについて、宛先の者に同意を得ています。

申請者の氏名・住所等
をご記入ください。
※被保険者本人が申請する場合は、住所欄の記入は不要です。

申請者	フリガナ	イズミ タロウ	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	
	氏名	和泉 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 家族	続柄(長男)
	住所	※被保険者(本人)が申請する場合はこの住所欄の記入は不要 〒 〇〇〇 - △△△△ 〇〇県△△市□□一丁目1番1号 和泉 太郎 様方		<input type="checkbox"/> その他	続柄()
	電話番号	(〇〇) □□□□ - △△△△		※後見人・保佐人が申請される場合は、登記事項証明書を添付してください。	

被保険者から見た
続柄になります。

本人が受取困難なため
 入院

住所地に居住していない
 その他()

該当項目に「✓」を入れてください。

【委任欄】	私に係わ	変更の権限について、申請者に委任します。
	申請者が被保険者本人以外の場合は、委任欄に本人氏名の記入が必要です。	本人氏名 和泉 花子
		※本人(被保険者)が目署しない場合は、記入押印してください。

★本人の自筆でない場合は、氏名横に押印が必要です。

※送付時の宛名は「送付先方 被保険者(本人)宛」が印字されます。
※送付先配達不能による返戻等があった場合は、住民票登録地へ送付する場
※本届出を提出された後でも、事務処理の都合により、送付書類が行き違いにてご容赦ください。

返送先：
〒594-8501 和泉市府中町2-7-5
和泉市役所 高齢介護室 介護保険担当 宛

【事務処理欄】

受付日	確認者		
-----	-----	--	--