

介護保険 送付先変更届

久喜市長 宛

今後、私にかかる通知は、下記の受取人が受け取った日をもって私が受け取ったこととされることについて同意し、次の通り介護保険にかかる書類の送付先を変更するよう依頼します。
なお、送付先の変更の必要がなくなったときには、速やかに届け出ます。

【申請者】(↓申請者が、被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記入は不要です。)

申 請 年 月 日	○○ ×年 ×月 ×日		
フ リ ガ ナ	クキ ハナコ	被保険者との関係	子
申 請 者 氏 名	久喜 花子		
申 請 者 住 所	〒346-8501 久喜市下早見85-3		
申請者電話番号	0480 - 22 - 1111		

【被保険者】

フ リ ガ ナ	クキ タロウ	生年月日	大正(昭和) 30年 1月 1日
被 保 険 者 氏 名	久喜 太郎		
被 保 険 者 番 号	000900001		
被 保 険 者 住 所	〒340-0295 久喜市鷺宮6-1-1		
被保険者電話番号	0480 - 58 - 7019		
変 更 の 理 由	認知症で書類の管理が難しいため		

【送付先】(申請者住所に送付先の変更をされる場合は記入不要です。)

送 付 先 住 所	〒 -		
フ リ ガ ナ			
送 付 先 氏 名			
被保険者との関係			
送付先電話番号	- -		

※送付先のご住所が確認できる本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード等)及び被保険者の本人確認書類(介護保険被保険者証・マイナンバーカード等)の写しを添付してください。なお、後見人に送付する場合は、登記事項証明書の写しも添付してください。

<事務処理欄> 以下には記入しないでください。

受付				入力	
日付	受付者	本人確認書類	窓口・訪問調査・郵便 他()	日付	入力者
/		被 保 険 者 <input type="checkbox"/> 送 付 先 <input type="checkbox"/>			/