

介護保険送付先変更届

浦安市長 宛

届出日 令和 年 月 日

介護保険に関する通知等の送付先について、次のとおり届け出ます。

なお、生じた問題に対する責任は、届出人である私が負うことに同意します。

また、設定した送付先について、郵便物の不着等その他の理由により、市の判断によって事前・事後の通知等なく終了される場合があることを了承します。

<input type="checkbox"/> 送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）及び送付先に説明済みです。				
届出人	(フリガナ)		電話番号	
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
【届出理由】 ※該当箇所にレ点		<input type="checkbox"/> 書類管理のため	<input type="checkbox"/> 被保険者の施設入所・入院中のため	
		<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
被保険者	(フリガナ)		被保険者番号	
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
これからの送付先	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ（該当の場合は、これからの送付先の記入を省略できます。）			
	(フリガナ)		電話番号	
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		

届出に当たっては、届出人及び被保険者それぞれの氏名及び生年月日又は住所が確認できる書類の提示（郵送の場合は写しの添付）が必要です。

- ① 運転免許証やマイナンバーカード、国家資格証など、官公署が発行する顔写真付きのもの（ただし、有効期限内のものに限る） いずれか1つ
- ② 国民健康保険被保険者証や後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、資格確認書など、官公署が発行する顔写真がついていないもの（ただし、有効期限内のものに限る） いずれか2つ

※事務確認欄	異動日	令和 年 月 日	被保険者： <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード
入力・確認	保険料係	給付・指導係	認定係
			<input type="checkbox"/> その他（ ）
			届出人： <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード
			<input type="checkbox"/> その他（ ）
【備考欄】			