

介護保険関係書類送付先変更届

年 月 日

日進市長 あて

次のとおり、介護保険に関する郵便物の送付先の住所変更を届出します。

届出人	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
		電話番号		
届出区分		1 送付先変更		2 送付先変更終了

被保険者	被保険者番号						
	フリガナ					生年月日	
	氏名					明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒					
送付先	住所	〒					
	宛名	宛名と異なる場合(方書:) 電話番号					
	届出理由	<input type="checkbox"/> 被保険者証の住所と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 文書管理ができないため <input type="checkbox"/> その他 ()					
	開始年月日	年 月 日					
送付する書類	1 資格関係書類 (被保険者証等) 2 保険料関係書類 (納付書等) 3 認定関係書類 (認定結果通知、負担割合証、負担限度額認定証等) 4 給付関係書類 (給付費支給等決定通知等) 5 介護保険関係書類全部						

※ 送付先変更届出後の郵便物には、((送付先の宛名)様 (被保険者の氏名)様分)と印字されます。

※ 窓口での届出には、次に掲げる届出人の**本人確認書類**の提示が必要です。なお、郵送の場合は、届出人の本人確認書類の写しを添付してください。

本人確認書類

- ・官公署が発行した書類 (顔写真付き) 1点
- ・官公署が発行した書類 (顔写真なし) 2点
- ・官公署が発行した書類 (顔写真なし) 及び届出人名義の書類 各1点