介護保険関係書類　送付先変更届

平成　　　年　　　月　　　日

●申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 印 | 被保険者(本人)  との関係 |  |
| 住　所 |  | | |

●被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（本人）情報 | | 送付先情報（変更後） | |
| 被保険者番号 |  | 送付先氏名 |  |
| 被保険者氏名 |  | 送付先住所 |  |
| 被保険者住所 |  |
| 電話番号  （連絡先） | （　　　） |

●送付先変更を希望するものに〇を付けてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **送付先変更希望書類** | 該当に「〇」 | お願い |
| 介護保険に関する文書全般 |  | ※送付先はその旨を　了承しているご親族、入所施設に限ります。  ※この届を提出後、更に変更があった場合は速やかに届け出てください。  (例)入所施設に変更した後、退所したなど。 |
| 介護保険料に関する文書（納付書含む） |  |
| 要介護認定に関する文書 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） |  |

●市確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備　　考 | 入　力 | 受付印 |
|  | ・Ａｃｒｏ（　　　　　　）  ・Ｗｅｌ　（　　　　　　）  ・入力日（　　　　　　　）  ・入力者（　　　　　　　）  ・その他（　　　　　　　） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人確認方法 | 運転免許証 |  |
| 健康保険証 |  |
| その他（　　　　　　　　） | |