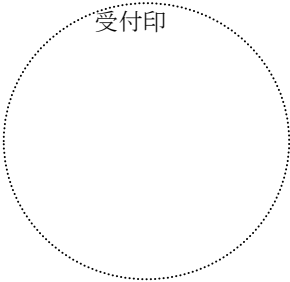


介護保険関係通知送付先変更届（☐新規 ☐変更 ☐廃止）

射 水 市 長 あて



次のとおり介護保険関係通知の送付先変更を届出します。
なお、この届出書は本人の承諾のもと届出するものです。

届 出 人	氏 名							本人との関係			
	住 所							電 話 番 号			
被 保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名											
送 付 先	変 更 前	住所又は所在地	〒								
		方書 (アパート等)						電話番号			
	変 更 後	住所又は所在地	〒								
		方書 (アパート等)						電話番号			
変 更 事 由		変更年月日 令和 年 月 日 ☐ 施設入所のため ☐ 認知症等により郵便物の管理が困難なため ☐ その他 ()									

※届出人の本人確認書類の写し（写真付きのものであれば1点、写真なしのものであれば2点）を添付してください。届出人と被保険者の住所が異なる場合には被保険者の委任状が必要になります。

※以下の欄は記入しないでください。

届出人	☐ 本人 ☐ 同居の親族 ☐ 代理人(☐ 委任状 ☐ 成年後見人等を証する書類 ☐ 本人の身元確認書類(被保険証等)提示)		
本人確認 (届出人)	1号書類 ・1点で確認	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 住基カード(顔写真付き) ☐ 個人番号カード ☐ その他()	
	2号書類 ・①の2点確認 ・①の1点+②の1点確認	① ☐ 医療保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 年金証書 ☐ 住基カード(顔写真なし) ☐ その他()	
		② ☐ 法人の身分証明書(顔写真付き) ☐ 特定疾患医療受給者証 ☐ その他()	
処理	☐ 入力年月日(令和 年 月 日) ☐ 入力確認者(認定: 保険料: 給付:)		