

記入例

介護保険関係書類送付先変更届出書

(被保険者証・介護保険料関係書類・給付実績通知書等)

被保険者番号 **0000000000**
(介護保険証等でご確認ください)

被保険者氏名 **伊勢崎 太郎**

住所 〒 **372-8501**

伊勢崎市今泉町二丁目410番 (住民票の登録のある住所地をご記入ください)

送付先の住所 〒 **123-4567**

電話番号 **012-3456-7890**

××県××市××町××番地 ××マンション××号室
(送付先の住所をご記入ください)

(ふりがな **いせさき はなこ**)
宛名 **伊勢崎 花子**

変更理由 具体的に記入してください。
(例) **被保険者本人が書類を管理できないため**
被保険者が死亡したため 等

※既に送付先変更をしている方はその住所地を記入してください。

〒 (既に送付先変更をしている方以外は空欄)

宛名

送付先を変更する年月日 令和 年 月 日 から

※空欄の場合は市
で受付をした日か
ら変更となります。
過去の日付は指定
できません。

上記のとおり届出いたします。

伊勢崎市長 様

令和 **6**年 **12**月 **18**日

※申請者となるのは、本人・家族・成年後見人等の代理権を持つ人のみです。
※申請者が窓口で提出する場合は、申請者の身分証明書(運転免許証・マイナンバーカード等)をご持参ください。
※郵送にて提出する場合は、申請者の身分証明書(運転免許証・マイナンバーカード等)のコピーを同封してください。

住 所 **××県××市××町××番地 ××マンション××号室**

申請者 氏 名 **伊勢崎 花子** (被保険者との続柄 **長女**)

電 話 **012-3456-7890**

- ※注意 ①送付先変更の不要、または届出内容が変更になったときは、必ず届出てください。
連絡のない場合は、通知等がお手元に届かないことがあります。
②この申請は被保険者に対する申請者の権利を保障するものではありません。家族間の
トラブルが生じた場合、市は一切の責任を負いません。

職員確認

※送付先変更を受理するときは下記の確認が必要です。

- ☐ 申請者の本人確認(免許証・健康保険証・その他())
☐ 入院入所先へ事実確認(郵送先を施設に設定する場合)
☐ 過去に送付先変更の届出(あり・なし)
→ありの場合は送付先変更の住所を記入してもらう

受付者