

# 記入例

※窓口にご提出いただく場合には、申請者の身分証明証（運転免許証、健康保険証等）の提示をお願いします。  
 ご郵送にて申請いただく場合には、申請者の身分証明証（運転免許証、健康保険証等）のコピーを同封してください。

## 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）

①

被保険者番号

被保険者氏名

住所 〒

被保険者の方について記入してください。  
 ・被保険者番号  
 ・被保険者氏名  
 ・郵便番号、住所

送付先の住所 〒

電話番号

②

宛名

送付先について記入してください。  
 ・送付先の郵便番号、住所、宛名、電話番号  
 ・変更理由

変更理由

具体的に記入してください。  
 被保険者本人が書類を管理できないため。等

③

※既に送付先変更をしている方はその住所を記入して  
 〒

既に送付先変更をされている場合に記入してください。「送付先を変更する年月日」欄については空欄で結構です。

送付先を変更する年月日 令和 年

なお、初めての送付先変更の場合は記入不要ですので先にお進みください。

上記のとおり届出いたします。

伊勢崎市長 様

④

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名 (被保)

電話

申請者の方について記入してください。なお、申請者になれるのは本人・家族・成年後見人等の代理権を持つ人のみです。

- ・申請者の住所、氏名
- ・被保険者との続柄（長男、長女、孫等）
- ・申請者の電話番号

※注意 ①送付先変更の不要、または届出内容が変更にな  
 連絡のない場合は、通知等がお手元に届かないこ  
 ②この申請は被保険者に対する申請者の権利を保  
 のトラブルが生じた場合、市は一切の責任を負い

※郵送による申請の場合、申請日（日付）は、空欄で結構です。

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