

介護保険被保険者証等 送付先変更届出書

(宛先) 高槻市長

介護保険に係る認定結果通知書、被保険者証、保険料納入通知書その他介護保険関係のすべての書類について、下記住所への送付先変更を届け出ます。この届け出にあたる関係者への説明は責任をもって行います。なお、再度送付先を変更する必要がある場合は、すみやかに届け出ます。

	申請日	令和	年	月	日																				
ふりがな	生年月日	明・大・昭	年	月	日生																				
被保険者氏名	被保険者番号	0	0	0																					
住所																									
送付先変更状況	<input type="checkbox"/> 1. 変更（現在の登録先住所から下記の送付先へ登録変更） <input type="checkbox"/> 2. 終了（現在の登録先住所への送付を終了し、住民票記載住所へ戻す）																								
変更する送付先	※新しく送付先を変更する場合はご記入ください。（上記2. 終了の場合は不要です。） 宛先 〒 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">都道府県</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">市区町村</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>															都道府県	市区町村								
都道府県	市区町村																								
	ふりがな	方書																							
	宛名																								
	電話番号 ()																								
	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> その他()																								
変更（終了）の理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 現住所に住んでいないため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人、補助人就職のため <input type="checkbox"/> その他 ()																								

私本人は、下記の者に対し、届け出に関する一切の権限を委任します。

申請者氏名	※本人以外の場合記入	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()
申請者住所	●申請者がケアマネジャーの場合は、事業所名も記載してください 電話番号 ()		

- ※ 届け出には、**届出人の本人確認書類の提示（運転免許証、健康保険証等）**が必要です。郵送の場合は、写しを添付してください。
- ※ 申請者が成年後見人、保佐人、補助人の場合は、**登記事項証明書の写し**を添付してください。
- ※ 介護保険納入通知書の宛名については、**本人氏名が印字されます**のでご了承ください。
- ※ 送付先変更の届出をされていても、ご本人が窓口に来られた場合、介護保険被保険者証等再交付申請書により、ご本人に当該被保険者証等をお渡しする場合がありますので、ご了承ください。
- ※ 送付先の配達不能による返戻等があった場合は、住民票登録地へ送付する場合があります。
- ※ 本届出を提出された後でも、受付日の事務処理の都合により、送付書類が行き違いにて変更前の送付先へ発送される場合がございますが、何卒ご容赦ください。

(市記入欄)

受付日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 時 分 入力 <input type="checkbox"/> すでに入力済	同時提出書類 <input type="checkbox"/> 居宅届出書 <input type="checkbox"/> 負担限度額	<input type="checkbox"/> 再交付申請書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他()
	確認書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()		
	発送物確認欄 <input type="checkbox"/> 納付 <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 給付		入力処理担当者