

介護保険各種通知書送付先変更届出書

被 保 険 者	フリガナ	被保険者番号							
	氏名	生年月日	大昭年 月 日						
	住所 〒 電話番号 () -								
送 付 先	フリガナ	被保険者との関係							
	氏名								
	住所 〒 <input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ 電話番号 () -								
届出区分	1 送付先変更		2 送付先変更終了 (住民票住所に戻す)						
送付先変更理由	1 被保険者証の住所と居所が異なるため 2 文書管理ができないため 3 その他 ()								
送付先変更する書類	1 受給関係書類 (被保険者証、認定結果通知、負担割合証等) 2 納付関係書類 (介護保険料通知等) 3 給付関係書類 (介護サービス給付費用通知、おむつ手帳等)								

上記のとおり介護保険各種通知書送付先変更届出書を提出します。

送付先を変更するに当たり、以下のことを誓約します。

- ・被保険者の了承を得ていること。(届出人が被保険者と異なる場合)
- ・届出内容に変更が生じた場合、速やかに届け出ること。
- ・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった又は連絡が取れなくなった場合は、送付先変更を終了することを了承すること。
- ・この届出によるすべての責任は届出者が負うこと。

豊明市長 殿

令和 年 月 日

届出者 (介護事業所等が提出する場合は事業所の住所・名称等を記入)

住所
〒

氏名

被保険者との関係

電話番号 () -

※処理欄

受給	納付	給付	本人確認 (届出者)	
			顔写真あり (1点)	運転免許証・運転免許経歴証・マイナンバーカード・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・障害者手帳 (身体・精神・療育)・その他 ()
			顔写真なし (2点)	医療保険資格確認書 (国保・後期等)・各種医療受給者証・介護保険被保険者証・年金手帳・年金証書・雇用保険受給者証・社員証・その他 ()