

# 介護・医療保険に関する送付先変更届出書

五 城 目 町 長

令和 年 月 日

フリガナ		被保険者 との関係	
届出人氏名			
届出人住所	〒  電話番号		

※届出に関してお問合せをする場合がございますので電話番号は必ずご記入ください

介護保険・国民健康保険・後期高齢者医療保険にかかる書類の送付先を次のとおり届出します。

※届出人が成年後見人の場合、登記事項証明書及び公的機関が発行する身分証明書（運転免許証等）を添付してください。

記

## 1.どなたの書類ですか

フリガナ		生年月日
被保険者氏名		明・大・昭 年 月 日
被保険者住所	〒	

## 2.この届出は

該当する届出にチェックしてください

届 出	<input type="checkbox"/> 新 規 (初めて届出する場合) <input type="checkbox"/> 変 更 (以前の送付先から別の送付先にする場合) <input type="checkbox"/> 削 除 (以前の送付先から被保険者の自宅に送付する場合)
-----	--

## 3.どんな書類ですか

今後送付先へ送付させていただく書類の種別にチェックして下さい

書 類 種 別	<input type="checkbox"/> 全 て (該当する保険に関する全ての書類) <input type="checkbox"/> 介 護 (認定結果通知や各種証、保険料に関する決定通知、納付書等の書類) <input type="checkbox"/> 国 保 (各種証や決定通知等の書類) ←国保税に関する書類は含みません <input type="checkbox"/> 後期高齢 (各種証や保険料に関する決定通知、納付書等の書類)
---------	--

## 4.どこに送付しますか

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ 〒		
方 書	送付先の世帯主など宛名を記入して下さい	被保険者 との関係	
送付先住所の 電話番号		携帯等の 電話番号	

## 5.どんな理由ですか

届 出 理 由	<input type="checkbox"/> 入院中で住所地に誰もいないため <input type="checkbox"/> 本人が認知症等の理由により書類管理をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 住民票を異動せずに施設入所をしているため <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------	--

## 6.本人同意欄 (本人以外の届出の場合)

届出人が本人・成年後見人の場合、同意は不要です。

該当する保険にかかる書類の送付先届について、上記のとおり同意します。

被保険者氏名

※届出人の本人確認書類（運転免許証、保険証等）の写しを添付してください。

町記入欄

受 付	確 認 書 類
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認証
<input type="checkbox"/> 郵着	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> その他 ( )

決 裁 欄	主席	主査	係長	専門員	主事	入力者

※電話により職員が代筆する場合、後日確認書類を提出