

送 付 先 住 所 届 出 書

小 平 市 長 殿

届出人 住所

氏名

介護保険に関する通知書又は文書等を、下記の送付先に送付されるよう届け出ます。

記

(1) 被保険者

被保険者	番 号	1	3	0	0							
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭			年		月		日			
	住 所											
	電話番号											

(2) 送付先住所等

送付先	フリガナ											
	氏 名											
	住 所	〒										
	電話番号											
	被保険者との関係											
送付先の変更を希望する文書 (*右の1~4の文書で希望する番号に○をご記入ください。)		1. 介護保険に関する文書すべて (2~4の全て)										
		2. 納付 (介護保険料納入通知書、還付通知書 など)										
		3. 認定 (認定結果通知、被保険者証、負担限度額認定証、負担割合証 など)										
		4. 給付 (高額介護サービス費給付のお知らせ など)										

(3) 届出に必要な書類

提出時に「(1) 被保険者」および「(2) 送付先」のそれぞれが確認できる公的機関から発行された身元確認書類(※1)を必ず提示してください(郵送の場合はコピーを添付してください)。

※1 介護保険被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証、運転免許証、医療被保険者証(※保険番号及び被保険者等記号・番号は確認できないようにマスキング等をしてコピーしてください)、マイナンバーカード(※マイナンバーは確認できないようにマスキング等をしてコピーしてください) など

※2 被保険者及び送付先のいずれかでも確認できない場合は、送付先の変更はできません。

受付時確認	入力		確認
	システム	エクセル	
被保険者：介護証 医療証 運転証 ( )			
送付先：介護証 医療証 運転証 ( )			