

送付先住所届出書

記載例

届出人 住所 **小平市小川町2-9999**氏名 **小平 一郎**

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 9 9 9 9 9 9
	フリガナ	コダイラ タロウ
	氏 名	小平 太郎
	生年月日	明 大 昭 12 年 3 月 4 日
	住 所	小平市小川町2-1333
	電話番号	042-346-9510

(2) 送付先住所等

送付先	フリガナ	コダイラ イチロウ
	氏 名	小平 一郎
	住 所	〒187-8999 小平市小川町2-9999
	電話番号	042-341-211
	被保険者との関係	長男
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)	

送付先を変更したい文書が該当する番号にマルを付けてください。

(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)

※2 被保険者及び送付先が確認できない場合は、送付先の変更はできません。

「被保険者」と「送付先」が確認できる公的機関から発行された書類が必要です(郵送の場合は必ずコピーを添付)。

被保険者：介護

送付先：介護証