

送付先変更届

三 田 市 長 あて

次のとおり介護保険関係書類の送付先変更を届出ます。
なお、被保険者または送付先から異議の申し出があったときは、私の責任において解決します。また、この内容に変更があった場合には、直ちに届出ます。

届出年月日	令和 年 月 日		
届出人氏名	(フリガナ)	被保険者との関係	
届出人住所	〒 電話番号：() -		
送付先変更を希望する理由 (右の記号に○を)	a. 住民票の住所以外に居住 b. 被保険者自身では対応困難のため c. 被保険者が死亡 d. その他 ()		
送付先変更を希望する書類 (右の記号に○を)	I 保険料関係通知のみ II すべての書類 (保険料関係通知・認定給付関係通知・被保険者証)		
必要書類	<input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状等 (被保険者の意思確認)		

被 保 険 者	氏 名	(フリガナ)	生年月日
			1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和
	住民票の住所	〒 電話番号：() -	

新 送 付 先	氏 名	被保険者に同じ
	住 所	〒 () 様方) 電話番号：() -

市処理欄

被保No.	受付者
届出人の本人確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
被保険者の意思確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 電話確認 <input type="checkbox"/> その他 (書類確認等) <input type="checkbox"/> 意思確認不能
送付先入力	V 2 (資格) : 入力者 日付 / V 2 (認定) : 入力者 日付 /

* 委任状のみ添付、その他書類は受付者が確認してレ印

令和元年5月更新