

# 介護保険制度に係る通知書等送付先変更届出書（申請・変更・終了）

※届出を行った場合、住民票上の住所地と異なる住所（送付先）へ各種書類を送付いたします。  
 ※届出以降に被保険者が転出・転居した場合等でも、この届出は有効となります。  
 ※届出内容に変更が生じた場合は、速やかに変更・終了届出をお願いいたします。

申請・変更の場合は①②④、終了の場合は①③④を記入願います。

## ①被保険者に関する事項

|        |     |   |   |   |   |  |  |    |     |      |           |   |   |   |   |   |   |
|--------|-----|---|---|---|---|--|--|----|-----|------|-----------|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | 0   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |    |     |      | 保険者<br>番号 | 0 | 7 | 3 | 4 | 2 | 9 |
| 被保険者氏名 |     |   |   |   |   |  |  | 性別 | 男・女 | 電話番号 |           |   |   |   |   |   |   |
| 住所     | 〒 - |   |   |   |   |  |  |    |     |      |           |   |   |   |   |   |   |

## ②送付先変更申請・変更

|            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 送付先住所      | 〒 -   |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 送付先宛名      | フリガナ  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号     |  |  |  |  |  |  |  |
|            |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者との続柄 |  |  |  |  |  |  |  |
| 送付先を変更する理由 | ※該当する理由を□に☑してください。「その他」を☑した方は具体的に記入願います。<br><input type="checkbox"/> 施設に入所中のため<br><input type="checkbox"/> 入院中のため<br><input type="checkbox"/> その他（ ）  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 送付を希望する内容  | ※希望する内容を□に☑してください。<br><input type="checkbox"/> 資格（被保険者証や介護認定に係る通知等） <input type="checkbox"/> 全て<br><input type="checkbox"/> 賦課/収納（保険料決定通知書や納入通知書）<br><input type="checkbox"/> 給付（利用料等に係るお知らせ） |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 送付先変更開始年月日 | 年 月 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |

## ③送付先変更終了

|            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 送付先変更終了年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## ④届出

上記のとおり届出します。  
 なお、上記届出内容に変更があった場合、遅滞なく届出をすることを申し添えます。

年 月 日

鏡石町長

|     |          |   |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|----------|---|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出人 | 住所       |   |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 氏名       | 印 |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 被保険者との続柄 |   |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |  |     |  |     |  |      |  |
|-----------|--|-----|--|-----|--|------|--|
| 標準システム入力日 |  | 入力者 |  | 確認者 |  | 市町村名 |  |
| 備考        |  |     |  |     |  |      |  |