

介護保険に関する書類の送付先変更届

送付先を変更する被保険者についてご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------|--------|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | (明・大・昭) | 年 | 月 | 日 | 性別 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 (住民票所在地) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

指定する送付先についてご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (送付先) 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 様方 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先変更期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 送付先は、左記変更期間が過ぎますと住民票住所地へ復帰しますのでご注意ください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更理由 | <input type="checkbox"/> 独り暮らしで受取が困難。 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 認知症等で紛失の可能性がある。 <input type="checkbox"/> 住民票住所地で生活していない。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更の対象となる書類 | <input checked="" type="radio"/> 下記の書類が送付先変更の対象となります。 被保険者証・要介護認定関係書類・高額介護サービス費支給関係書類、 その他介護保険に関する被保険者宛通知書文書全般・保険料関係書類 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

小野市介護保険に関する書類の送付先について、上記のとおり変更を届け出ます。
また、本届出の内容に変更が生じた場合は速やかに届け出ます。
なお、本届出により生じた紛争については、当方において一切の責任を負うことを
確約いたします。

年 月 日

兵庫県小野市長 様

届出者 住所

氏名

被保険者との続柄

連絡先電話番号

<確認欄>

| | | | | | |
|-----------|--|-----|--|-----|--|
| 被保険者の委任確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 届出者確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 受付者 | | 入力者 | | 入力日 | |

受付印

| |
|--|
| |
|--|

介護保険に関する書類の送付先変更届

※太線の枠内にご記入をお願いします

送付先を変更する被保険者についてご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | 介護 太郎 | 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 生年月日 | (明・大・昭) 5 年 4 月 3 | 送付先を変更される方について記入をお願いします | | | | | | | | | | |
| 住所 (住民票所在地) | 小野市中島町531番地 | | | | | | | | | | | |

指定する送付先についてご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (送付先) | 〒 675-0492 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 三木市上の丸町10番30号 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 花子 様方 | | | | | | | | | | |

新しく設定する送付先について記入をお願いします

| | | |
|---------|--------------------------|---|
| 送付先変更期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 送付先は、左記変更期間が過ぎますと住民票住所地へ復帰しますのでご注意ください。 |
|---------|--------------------------|---|

| | |
|------|--|
| 変更理由 | <input type="checkbox"/> 独り暮らしで受取が困難。 <input type="checkbox"/> 認知症等で紛失の可能性がある。 <input type="checkbox"/> 住民票住所地で生活していない。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (例：死亡したため、転居したためなど) |
|------|--|

| | |
|------------|--|
| 変更の対象となる書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 下記書類が送付先変更の対象となります。 書類・高額介護サービス費支給関係書類、 被保険者宛通知書文書全般・保険料関係書類 |
|------------|--|

当ではまる変更理由のところにチェックをお願いします

小野市介護保険について、上記のとおり変更を届け出ます。
 また、本届出の内容に変更が生じた場合は速やかに届け出ます。
 なお、本届出により生じた紛争については、当方において一切の責任を負うことを確約いたします。

年 月 日

兵庫県小野市長 様

| | | | |
|----------|----------------------|--|--|
| 届出者 住所 | 三木市上の丸町10番30号 | | |
| 氏名 | 介護 花子 | | |
| 被保険者との続柄 | 娘 | | |
| 連絡先電話番号 | 0794-63-1509 (携帯でも可) | | |

<確認欄>

| | | | | | |
|-----------|--|-----|--|-----|--|
| 被保険者の委任確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 届出者確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 受付者 | | 入力者 | | 入力日 | |

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|