

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 (*) 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)。

※ 個人番号 (マイナンバー) カード (※1)、運転免許証、介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、資格確認書 (※2) など

※1 郵送の場合、マイナンバーはマスキング等をしてコピーしてください。

※2 郵送の場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号はマスキング等をしてコピーしてください。

※ 被保険者及び送付先のいずれか1つでも確認できない場合、送付先は変更できません。

受付時確認	入力		確認
	システム	エクセル	
被保険者：介護証 マイナンバーカード 運転証 ()			
送付先：介護証 マイナンバーカード 運転証 ()			