

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	子
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。）	<p>1. ○ 介護保険に関する文書すべて（2~4の全て）</p> <p>2. 納付（介護保険料納入通知書、還付通知書 など）</p> <p>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）</p> <p>4. 給付（高額介護サービス費給付のお知らせ など）</p>	

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（※）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、介護保険料納付書（※2） など

※1 郵送の場合はマイナンバーカードはマスキング等をしてコピーしてください。

※2 郵送の場合は介護保険料納付書は被保険者等記号・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」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：					
送付先：	介護証	マイナンバーカード	運転証（	）	