

介護保険 送付先（登録・変更・取消）届

年 月 日

熊本市長 宛 次のとおり、届けます。

- 届出区分 新規（初めて届出をする場合）
 変更（以前の送付先から別の送付先に変える場合）
 取消（設定された送付先から被保険者の住民票の住所に送付する場合）

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号																
	氏 名																			
	生年月日	年	月	日	電話番号	()	-													
	住 所	〒 -																		

送 付 先	住 所	〒 -																	
	方 書	建物名、世帯主名など	被保険者との関係																
	電話番号	() -																	
届 出 の 理 由		1 介護保険施設入所により不在となるため 2 送付先対象者が郵便物の管理を行っているため 3 被保険者が死亡したため 4 その他 ()																	
送付先に介護保険にかかる書類を送付することについて、同意します。																			
被保険者氏名 _____ (※本人死亡、取消届の場合は署名不要)																			

※注意：この届けは、送付先に変更がある都度、ご提出下さい。
介護保険に関するすべての書類が送付されます。（住民票を異動しても、送付先は変更されません。）

届 出 者	<input type="checkbox"/> 以下、被保険者に同じ <input type="checkbox"/> 以下、送付先に同じ																		
	氏 名			被保険者との関係															
	住 所	〒 -																	
	電話番号	() -																	

- 【届出者：本人確認書類】
 1点： 個人番号カード 運転免許証 CM資格証 障害手帳 その他 ()
 2点： 被保者証 負担割合証 健康保険証 通帳 包括委託証明 その他 ()
 ※その他：官公署発行の顔写真、氏名、生年月日又は住所が記載された書類

出張所受付印	出張所受付者	区受付印	区受付者	入力日	入力者	確認者