

介護保険 送付先（登録・変更・取消）届

平成 30年 10月 1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	クマモト カイゴ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	氏名	熊本 介護											
	生年月日	昭 20年 5月 26日	電話番号	(096) 328 - 2347									
	住所	〒 860 - 8601 熊本市中央区手取本町 1-1											

送 付 先	住所	〒 861 - 5292 熊本市西区小島 2-7-1		
	方書	建物名、世帯主名など 肥後 六花	被保険者との関係	娘
	電話番号	(096) 329 - 5403		
届出の理由	1 介護保険施設入所により不在となるため <input checked="" type="checkbox"/> 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 <u>熊本 介護</u> (代筆者) <u>肥後 六花</u>				
(※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	肥後 六花	被保険者との関係	娘
	住所	〒 861 - 5292 熊本市西区小島 2-7-1		
	電話番号	(096) 329 - 5403		

【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