

介護保険 送付先変更 申請（届出）書

吹田市長 宛

介護保険に係る認定結果通知書、被保険者証、保険料納入通知書その他の文書は、住民登録のある住所への送付が原則であることを確認のうえ、次のとおり送付先の変更を申請します。

なお、送付先の変更の必要がなくなったときは、速やかに届け出ます。

		申請年月日		令和 5 年 1 月 10 日		
申請者	ふりがな	すいた はなこ				
	氏名	吹田 花子				
	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 (長女)	<input type="checkbox"/> その他	※申請者が本人・親族以外の場合は、下欄の委任状の記入が必要です。	
	住所	郵便番号		都道府県名	市区町村名	
		564 — 0072		大阪府	吹田市	
		字名・番地		電話番号		
	出口町19-2		06 — 6339 — 1207			
申請種別	<input type="checkbox"/> 新規登録 <input checked="" type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の取りやめ		理由	本人が入院中のため		

被保険者 (本人)	被保険者番号	0009999999	
	氏 名	吹田 太郎	
	生年月日	昭和6年6月6日	
	住 所	吹田市泉町1-3-40	

送付先	送付先希望住所 ①：申請者住所 2：下記住所)			
	宛 先	郵便番号	都道府県名	市区町村名
		—		
		字名・番地	電話番号	
			— —	
	ふりがな	本人との続柄		
	方書			
	ふりがな			
あて名				

【委 任 状】(被保険者本人及び家族以外の申請の場合は記入)			
吹 田 市 長 宛		令和 年 月 日	
委 任 者		氏名 _____	
(被保険者)		※本人が自署できない場合は代筆可	
私(被保険者)は、上記申請者を代理人と定め、送付先に関する権限を委任します。			

※ 吹田市記入欄(ごちらは記入しないでください。)

受 付	確認書類
{ □ 窓口 (データ出力) □ 済 □ 未 □ 郵着	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> その他 ()

受付日		受付者		帳票ID	K01	入力日	令和 年 月 日
-----	--	-----	--	------	-----	-----	----------