

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(こちらは記入しないでください。)

受付	確認書類	
<input type="checkbox"/> 窓口 (データ出力) { <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 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
-----	-----	--	------	-----	-----	----------