

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	年	月	日
申請者	ふりがな						
	氏名						
	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <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		
		—					
		字名・番地		電話番号			
申請種別	<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先の変更の取りやめ		理由				

被保険者（本人）	被保険者番号		
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		

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
{ □ 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
-----	--	-----	--	------	-----	-----	-------------------