

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					
<input type="checkbox"/> 本人名は記載しない					

【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	決裁欄	参事	主幹	主査	係員
<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"/> 健康保険証					
	<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
-----	-----	------	-----	-----	----------