

# 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 3 年 12 月 8 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	564 - 0072	都道府県名	大阪府	
		市区町村名	吹田市		字名・番地	出口町19-2
電話番号		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				
<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 (被保険者)	氏名 _____
※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"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

決裁欄	参事	主幹	主査	係員

受付日	受付者
-----	-----

帳票ID	K01	入力日	令和 年 月 日
------	-----	-----	----------