

介護保険 送付先設定（登録・変更・取消）届

令和 年 月 日

【記入上の注意】 ※必ず読んでからご記載ください。

この申請書は介護保険に関する送付先の届け出です。介護保険に関するすべての書類が送付されます。太枠の中に必要事項を記載してください。
 被保険者が申請者を代理人とし、送付先設定届の提出について委任する場合は、あらかじめ被保険者欄と申請者欄に記載・押印を行ってください。
 必要書類（申請者の身元確認書類、被保険者が亡くなっている場合は戸籍謄本等、成年後見人等の場合は登記事項証明書）

届出区分	<input type="checkbox"/> 新規（初めて届出をする場合）
	<input type="checkbox"/> 変更（以前の送付先から別の送付先に変更する場合）
	<input type="checkbox"/> 取消（以前の送付先から被保険者の住民票住所に変更する場合）

被保険者	フリガナ		整理番号												
	氏名		被保険者番号												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	連絡先	-	-										
	住所	〒 -													

送付先	住所	※上記の届出区分が取消の場合は記載不要 〒 -													
	連絡先	-	-	被保険者との関係	方書（ ）										
	届出理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が亡くなり相続人等に送付するため（相続人確認ができる書類（戸籍謄本等）が必要） <input type="checkbox"/> 入院中又は介護保険施設に入所しているため <input type="checkbox"/> 送付先対象者が郵便物の管理を行っているため <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため（成年後見人等が確認できる登記事項証明書が必要） <input type="checkbox"/> その他（													

申請者	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ（以下の記載は不要）		<input type="checkbox"/> 送付先に同じ（以下のフリガナ・氏名・生年月日のみ記載）											
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日										
	氏名		被保険者との関係											
	住所	〒 -												

鹿児島市処理欄（申請者が記載する必要はありません）

【申請者の本人確認書類】	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	支所受付印	本庁受付印	入力者
	<input type="checkbox"/> CM資格者証 <input type="checkbox"/> 障害手帳 <input type="checkbox"/> パスポート			
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給資格者証 <input type="checkbox"/> 敬老パス <input type="checkbox"/> 友愛パス	【備考欄】		
その他（ ）				
番号等（ ）				