

介護保険書類等 送付先変更依頼書

被保険者番号																				
住 所																				
フリガナ 氏 名																				
変更理由	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除（本人住所地へ送付） 【理由】																			
送付先 (解除の場合は 記入不要)	住所 〒 _____ 送付先方 _____ 続柄 _____ 連絡先（電話） _____																			

上記のとおり、岩見沢市から送付される介護保険全般に関する書類の送付先変更を依頼します。
 年 月 日

依頼者 住所 _____
 氏名 _____ 続柄 _____
 連絡先（電話） _____

【処理欄】

本人確認資料	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他				
送付先確認資料	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書				
受付	入力	点検	入力日	収受日	

保険者番号
が不明な場
合は空欄で
構いません

記 載 例

介護保険書類等 送付先変更依頼書

被保険者番号	0000123456
住 所	岩見沢市鳩が丘1丁目1番1号
フリガナ 氏 名	岩見 知 太郎 昭和〇年〇月〇日生
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除（本人住所地へ送付） 【理由】 施設入所のため
送付先 (解除の場合は 記入不要)	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 岩見沢市鳩が丘〇丁目〇番〇号 送付先方 岩見 沢子 続柄 長女 連絡先(電話) 0126-23-4111

具体的に

上記のとおり、岩見沢市から送付される介護保険全般に関する書類の送付先変更を依頼します。

年 月 日

依頼者 住所 岩見沢市〇条〇丁目〇番地〇

氏名 岩見 沢男 続柄 長男

連絡先(電話) 0126-35-4138

送付先と
同じ場合
は同上で
構いません

【処理欄】

本人確認資料	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他			
送付先確認資料	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書			
受付	入力	点検	入力日	收受日