

介護保険 送付先設定（登録・変更・取消）申請書

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。

必要書類（申請者の身元確認書類、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 〒 - 方書（ ）																	
	連絡先	-		被保険者との関係															
	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 <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	〒 -									連絡先	-									