

送 付 先 住 所 届 出 書

小 平 市 長 殿

届出人 住所

氏名

介護保険に関する通知書又は文書等を、下記の送付先に送付されるよう届け出ます。

記

(1) 被保険者

被保険者	番 号	1	3	0	0						
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭			年		月		日		
	住 所										
	電話番号										

(2) 送付先住所等

送付先	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	被保険者との関係	
送付先の変更を希望する文書（*右の1～4の文書で希望する番号に○をご記入ください。）		1. 介護保険に関する文書すべて（2～4の全て） 2. 納付（介護保険料納入通知書、還付通知書 など） 3. 認定（認定結果通知、被保険者証、負担限度額認定証、負担割合証 など） 4. 給付（高額介護サービス費給付のお知らせ など）

(3) 届出に必要な書類

提出時に「(1) 被保険者」および「(2) 送付先」のそれぞれが確認できる公的機関から発行された身元確認書類（※）を必ず提示してください（郵送の場合はコピーを添付してください）。

- ※ 個人番号（マイナンバー）カード（※1）、運転免許証、介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、医療保険被保険者証（有効期限内のもの）または資格確認書（※2） など
- ※1 郵送の場合、マイナンバーはマスキング等をしてコピーしてください。
- ※2 郵送の場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号はマスキング等をしてコピーしてください。
- ※ 被保険者及び送付先のいずれか1つでも確認できない場合、送付先は変更できません。

受付時確認	入力		確認
	システム	エクセル	
被保険者：介護証 医療証 運転証 ()			
送付先：介護証 医療証 運転証 ()			