

## 送 付 先 住 所 届 出 書

## 記載例

届出人 住所 **小平市小川町2-9999**氏名 **小平 一郎**

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 9 9 9 9 9 9
	フリガナ	<b>コダイラ タロウ</b>
	氏 名	<b>小平 太郎</b>
	生年月日	明・ <b>大</b> ・昭 <b>12</b> 年 <b>3</b> 月 <b>4</b> 日
	住 所	<b>小平市小川町2-1333</b>
	電話番号	<b>042-346-9510</b>

## (2) 送付先住所等

送付先	フリガナ	<b>コダイラ イチロウ</b>	送付先を変更したい文書が該当する番号にマルを付けてください。
	氏 名	<b>小平 一郎</b>	
	住 所	〒 <b>187-8999</b> <b>小平市小川町2-9999</b>	
	電話番号	<b>042-341-211</b>	
	被保険者との関係	<b>子</b>	
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. <b>○</b> 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、介護保険被保険者証（有効期限内のもの）または資格確認書（※2） など

※1 郵送の場合は個人番号カードはマスキング等をしてコピーしてください。

※2 郵送の場合は介護保険被保険者証・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

**「被保険者」と「送付先」が確認できる公的機関から発行された書類が必要です（郵送の場合は必ずコピーを添付）。**

被保険者：介				
送付先：介護証 医療証 運転証 （				