

介護保険 被保険者証等送付先変更申請書

(あて先) 直方市長

次のとおり、介護保険にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。  
なお、送付先を変更する必要がなくなった場合には、速やかに解除の申し出を行います。  
また、市外に住所変更した場合は、この申請が解除されることに同意します。

令和 年 月 日

|                                                |                       |                                                                                    |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
|------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------|-------------|--------------------------|--|--|
| 被保険者                                           | 被保険者番号                |                                                                                    |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
|                                                | 被保険者氏名                |                                                                                    |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |                          |  |  |
|                                                | 住民票上の住所               | 【方書】                                                                               |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
| 送付先                                            | 宛先<br>※施設入所の場合は施設名も記入 | 〒                                                                                  |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
|                                                |                       | 【方書】                                                                               |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
|                                                | フリガナ                  |                                                                                    |  |  |  |  |  |      |             | 【被保険者との続柄】               |  |  |
|                                                | 氏名                    |                                                                                    |  |  |  |  |  |      |             | 1 本人<br>2 ( )            |  |  |
|                                                | 電話番号                  | — —                                                                                |  |  |  |  |  |      |             | 1 自宅 2 勤務先<br>3 携帯 4 ( ) |  |  |
| 変更理由<br>※該当するものに○をつけてください<br>その他の場合は( )内に理由を記入 |                       | 1. 被保険者本人が医療機関に入院中で、自宅での受け取りが困難なため<br>2. 被保険者本人が施設入所中で、自宅での受け取りが困難なため<br>3. その他( ) |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
| 解除理由等                                          |                       |                                                                                    |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
| 申請が被保険者以外の場合                                   |                       | 氏名 (被保険者との続柄 )                                                                     |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
|                                                |                       | 住所                                                                                 |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |
|                                                |                       | 電話番号 — —                                                                           |  |  |  |  |  |      |             |                          |  |  |

※ 注1 身分証明書のコピーを添付してください。  
※ 注2 送付先を入所・入居中の施設に変更される場合、該当施設へ電話による確認を行う場合がありますので、予めご了承ください。

直方市処理欄

※添付書類

【確認事項】

|   |                      |      |
|---|----------------------|------|
|   | 送付書類                 | チェック |
| 1 | 介護保険証、認定結果通知書        |      |
|   | 負担割合証、限度額認定証         |      |
|   | 高額介護(予防)サービス費に関する通知  |      |
|   | 償還払に関する通知(住改、福祉用具)   |      |
| 2 | 保険料に関する通知(決定通知、還付通知) |      |

【本人確認】被保険者証・身分証明書・( )

【代理人確認】被保険者証・身分証明書・( )

|    |        |       |
|----|--------|-------|
| 受付 | ACRO入力 | WEL入力 |
|    |        |       |