



介護保険関係書類 送付先変更申請書

明石市長様

被保険者番号

貴市から送られる介護保険関係書類について、

1. 新規	現在は住民登録地に送られているが、今後は下記の住所に送付してください。
2. 変更	既に送付先変更申請をしているが、その送付先を下記の住所に変更してください。
3. 取消	現在は送付先を変更しているが、今後は本人の住民登録地に送付してください。

(↑希望する申請内容の番号を○で囲んでください)

届出人氏名 _____

被保険者からみた続柄 _____

連絡先 Tel () - _____

- 身分確認書類
- 運転免許証(運転経歴証明書)
 - 医療保険証
 - マイナンバーカード
 - 登記事項証明書・審判書等
 - 弁護士・司法書士会員証等
 - その他()

● 被保険者について(誰の送付先変更申請を行うか記入)

フリガナ		明石市
被保険者氏名	住民登録地の住所	Tel () -

● 書類の送付先について

※新規・変更の場合、これからの送付先について記入 ※取消の場合、申請理由のみ記入

フリガナ	(生年月日) 大・昭・平 年 月 日
送付先の氏名	(被保険者との関係) _____
送付先の住所	〒 - Tel () -
申請理由	<input type="checkbox"/> 書類の管理が出来ないため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 入所中・入院中のため <input type="checkbox"/> その他()
設定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※期間が決まっている場合はご記入ください。開始日は、最短で申請日の翌日からとなります。
身分確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 登記事項証明書・審判書等 <input type="checkbox"/> 弁護士・司法書士会員証等 <input type="checkbox"/> その他()

明石市処理欄

備考	処理				被保険者個人コード	送付先キーコード	入力日	
	課長	副課長	資格係長	資格係	審査係	確認	入力	受付
決裁								

* 届出人及び送付先の方のご住所を確認できる公的書類のコピーを添付してください。