受付印

介護保険関係書類　送付先変更申請書

年　　月　　日

明 石 市 長　様

被保険者番号											

貴市から送付される介護保険関係書類について、以下のとおり申請（届出）します。
なお今後届出内容に変更があった場合は速やかに届け出るとともに、当申請により生じた不都合についてはすべて届出人の責任において解決いたします。

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〇で囲んでください）

届出人氏名

被保険者との関係

連絡先　TEL（　　）　　－

[身分確認書類]

□ マイナンバーカード
□ 運転免許証
□ 被保険者証
□ 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		住民登録地の住所	明石市 TEL（　　）　　－
被保険者氏名			

● 書類の送付先について
※【1.新規／2.変更】・・・これからの書類送付先を記入　、【3.取消】・・・申請理由のみ記入

フリガナ		（生年月日）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	□ 本人に代わり書類管理を行うため　□ 本人死亡のため □ 入所中・入院中のため　□ その他（　　）	
身分確認書類	□ マイナンバーカード　□ 運転免許証　□ 被保険者証 □ 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（　　）	

明石市処理欄

被保険者CD		送付先CD		入力日	／

備　考		審査係	資格係	確　認	入　力	受　付

＊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。