介護保険　送付先登録届出書

被保険者	被保険者番号	氏　　名	性別	生　年　月　日
			男・女	明治 大正 昭和　年　月　日

住　所			
	（アパート・マンション名、室番号等）	電話	（　　） －

登録事由	□追　加　□変　更　□取消し
送付先	（フリガナ） （氏　名）＿＿＿＿＿＿＿＿ （住　所）〒 ＿＿＿＿＿＿＿＿ （アパート・マンション名、室番号等） ＿＿＿＿＿＿＿＿ 電　話　（　　）　－

介護保険に関する書類の送付については、上記のとおり送付先登録の届出をいたします。

この届出に係る関係者への説明は、私が責任を持って行い、伊豆の国市に対して一切の迷惑をかけないことを申し添えます。

令和　　年　　月　　日

届出者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿

（被保険者との関係　：　　）

住　所　□　送付先と同じ

＿＿＿＿＿＿＿＿

（アパート・マンション名、室番号等）

＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　（　　）　－

（あて先）伊豆の国市長

※「印」…本人の自署の場合は省略できます。

＜注意事項＞

・届出には、届出者の本人確認書類（運転免許証、保険証等）の写しの添付が必要です。
・転居等による送付先の変更や取消しには、あらためて届出書を提出してください。届出をしない場合は、送付先の住所地へ送付されます。ただし、郵便物が住所地に届かない状態が続いた場合は、送付先を解除することがあります。

＜市役所使用欄＞

確認書類	□運転免許証、運転経歴証明書　□個人番号カード　□パスポート □その他（　　）
	□介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証　□健康保険被保険者証 □その他（　　）