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　　年　　月　　日昭和 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |