

介護保険関連通知 送付先（変更・廃止）申請書

年 月 日

（あて先）高齢者福祉グループ課長

申請者 住所

氏名

電話番号

被保険者との続柄

現在、下記被保険者は大阪狭山市介護保険被保険者の資格を有していますが、下記の理由により貴市の郵便物の受取りができないため、郵便物の送付先を変更していただくようお願いいたします。なお、郵便物不在返送、保険料未納等の場合には、送付先変更の取扱いを修了されても異議申立ていたしません。

記

●送付先変更（または廃止）を申請する被保険者

被保険者番号

氏 名

生年月日 T・S 年 月 日

住 所 〒

電話番号

☐ この手続きにより生じた問題は当事者間で解決するものとし、市は一切の責任を負いかねます。

●変更理由（当てはまるものに○）

- ・ 一時的に住民票上とは異なる住所に居住（入院・入所）しており、通知が届かないため。
- ・ 被保険者本人が郵便物等を紛失するため。
- ・ 成年後見人等が選任されたため。
- ・ その他（ ）

●送付先

住 所 〒

電話番号

宛 名 様方 被保険者氏名

変更期間 年 月 日 から 年 月 日まで／ 内容変更があるまで

※ この内容に変更があった場合は、速やかに再度届け出ください。

受付	入力	確認者	特記事項

※高齢者福祉グループ確認欄

受付方法	☐ 窓口受付		☐ 郵送受付
	A 官公署等発行書類 (顔写真あり)	B 官公署等発行書類 (顔写真なし)	C その他書類
本人確認	以下から 1 点の提示	以下から 2 点の提示	B から 1 点に + で提示
	☐ 有効期間確認		
	☐ 運転免許証 (運転経歴証明書) ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 介護支援専門員証 ☐ 介護保険認定調査員証 等	☐ 健康保険証 (社会保険の場合は期間なし) ☐ 後期高齢者医療保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 介護保険被保険者証 等	☐ 預金通帳 ☐ キャッシュカード ☐ クレジットカード ☐ 診察券 ☐ 学生証 ☐ 社員証 等
	※ 届出人が成年後見人の場合、登記事項証明書、届出人となる方の公的機関が発行する身分証明書 (運転免許証等) を添付してください。		
備考			