

介護保険関連通知書等送付先登録（新規・変更・取消し）申請書

被保険者	被 保 険 者 番 号	氏 名	生 年 月 日
			大正 年 月 日 昭和
住 所	〒 電 話 () -		
登 録 事 由	☐ 新 規 ☐ 変 更 ☐ 取 消 し		
変 更 する 通知	☐ すべて ☐ 介護保険に関する通知 ☐ 介護保険料に関する通知		
送 付 先	(氏 名) _____ (被保険者との関係：_____) (住 所) 〒 _____ _____ 電 話 () - _____		
変 更 する 理由			
上記のとおり送付先登録申請します。 令和 年 月 日 申 請 者 氏 名 _____ 印 ☐ 被保険者本人 ☐ 同 一 世 帯 員 (被保険者との続柄 _____) ☐ 代 理 人 (被保険者との続柄 _____) 住 所 ☐ 送付先と同じ _____ _____ 電 話 () - _____ (あて先) 菊川市長 長谷川 寛彦 あて			

※「印」…本人の自署の場合は省略できます。

市職員記入欄

提出方法	☐ 窓口来所 ☐ 郵便 ☐ 介護事業所代行(事業所名： _____ 担当者名： _____)		
申 請 者 確 認 書 類	☐ 被保険者本人 ☐ 同 一 世 帯 員 ☐ 代 理 人	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 (_____)	
代 理 権 確 認	申請者が同一世帯員又は代理人の場合 ☐ 被保険者本人からの委任状 (原本添付) ☐ 被保険者本人の顔写真入りの身分証明書 ※顔写真入りの身分証明書がない場合は2点確認		