

介護保険関係通知書等の送付先変更（新規・変更・解除）届出書

氷見市長 あて

次のとおり届け出ます。

届 出 者	氏 名		届出年月日	令和 年 月 日
	住 所	〒	被保険者との関係	
			電話番号	—

*届出者が被保険者本人の場合は、住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	番 号		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所	〒	電話番号 —

* 送付先を解除する場合は、以下の記載は不要です。

送 付 先	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ（該当する場合はチェックを入れると、送付先の記載は不要です。）		
	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒	
届 出 理 由	1 住民基本台帳上の住所は、現在空き家であり、郵便物を受け取る者がいない。		
	2 被保険者は、通知内容を十分に理解できない。		
	3 本人死亡のため（死亡日： 年 月 日 ）		
	4 その他 （ ）		

* この届出書は、介護保険に関する書類等についてのみ有効です。

* 上記内容に変更が生じた場合は、再度届出が必要です。

※氷見市使用欄

処 理 欄	開 始 年 月 日	終 了 年 月 日	入 力	受付・本人確認	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
	届出者 確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	被保険者 代理権 確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
備 考					

送付先に関する委任状

※被保険者本人の保険者証等代理権の確認できるものがない場合のみ記載してください。

委 任 状

代 理 人（届出人）

住 所 _____

氏 名 _____ 本人との関係 _____

私は上記の者を代理人と定め、介護保険関係通知書等の送付先変更届について、その権限を委任します。

令和 年 月 日

被 保 険 者（本人）

被保険者番号										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所 富山県氷見市 _____

氏 名 _____

印

※氏名は本人が自署してください。その場合は、押印不要です。

本人が自署不能のため代筆した場合は上記に押印するとともに、代筆者の氏名を下記に記載してください。

代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____