

## 介護保険関係書類送付先（変更・変更解除）届

山梨市長 様

下記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を変更することを届け出ます。届出にあたり、被保険本人（本人の意思が確認不能の場合は家族又は本人の意思を代理できる者）の了解を得ています。また、届出により生じた問題は届出人が責任をもって対処することを了承し、貴市に迷惑をかけないことを申し添えます。

なお、送付先を再度変更する場合や送付先変更の必要がなくなった場合には、その旨を速やかに届け出ます。

届出年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 変更解除 ※送付先変更解除の方は✓をしてください。
届出人	フリガナ	被保険者との 関 係
	氏 名	
	住 所	〒  電話番号

\*届出人が被保険者本人の場合、届出人の住所・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	フリガナ	被保険者番号								
	氏 名									
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								
	住 所	〒  電話番号								
	被保険者の同意※	① 署名  (本人署名に限る)						※届出人が親族の場合：①又は② 成年後見人等の場合：省略可 ケアマネ等の場合：①と②の両方 ケアマネ等の場合： 自署できない場合は、委任状を もって①に代えることができます。		
	② 被保険者の本人確認書類									

送付先の変更を解除する場合は、下記の送付先・変更理由の記入は不要です。

送 付 先	フリガナ	被保険者との 関 係
	氏 名	
	住 所	〒  電話番号
変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所・病院入院のため <input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため【登記事項証明書等の写しが必要】 <input type="checkbox"/> その他( )	

### 【市記入欄】

被保険者の 本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )		
届出人の 本人確認書類 ※届出人本人の場合不要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年後見人の場合) <input type="checkbox"/> その他( )		
被保険者の同意	<input type="checkbox"/> ※欄を参照。①は自署のみとします。		
受付者	郵送 <input type="checkbox"/>	入力者	確認者

