（宛名管理用）

# 介護保険　送付先住所変更届出書

別 府 市 長　あて

次のとおり届出ます。

**（届出人が本人以外の場合）この届出については被保険者本人及びその他の家族の同意を得ています。**
**なお本届出により発生する諸問題は、届出人が責任をもって対処することを了承します。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 届出人 | フリガナ | | 届出日 | 年　月　日 |
| | 氏　名 | | 被保険者との関係 | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号（　　） | | |

職員記入欄　届出人の確認
☐ 運転免許証（　　）☐健康保険証
☐ その他（　　）
注）該当するものにチェック

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏　　名 | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 住民票のある住所 | 〒<br>電話番号（　　） | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 送付先 | 方書 | | 被保険者との関係 | |
| | 住所 | 〒<br>電話番号（　　） | | |
| 変更の理由（具体的に） | | ☐ 施設入所または入院のため （施設または医療機関等に了承済み）<br>☐ 認知症等により書類の管理が困難となったため<br>☐ 成年後見制度の対象者であるため<br>☐ その他特段の事情<br>（　　）<br>☐ 解除（送付先変更の必要がなくなったため） | | |

| | |
|---|---|
| 被保険者署名<br>（代筆不可） | 私は、本申請について上記届出人を代理人として委任します。（本人、家族以外の方が届出する場合に記入が必要ですが、委任状又は成年後見を証明するものを添付することで署名を省略できます。）<br>氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |

（注意）１ 今後、当該被保険者に係る書類等は、原則として上記の住所に郵送されます。解除されるまで変更されませんので、変更する場合は、直ちに別府市に届出してください。

| 課　長 | 係　長 | 宛名入力 | 受　付 |
|---|---|---|---|
| | | | |

職員記入欄