介護保険送付先登録（変更・終了）申出書

盛岡北部行政事務組合

管理者　様

次のとおり送付先の登録（変更・終了）を申し出ます。

なお、この申出に伴う関係者への説明および発生したトラブルに対する対応は、申出人が責任を持って行います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 新 規 ・ 変 更 ・ 終 了 | 申出年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 申出人氏名 |  | 本人との関係 | | |  |
| 申出人住所 | 〒　　　－ | | | | |
|  | | 電話番号 | （　　　）　　－ | |

※申出人が被保険者本人の場合は、申出人住所・電話番号は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 電話番号 | （　　　）　　－ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先を変更する  関係書類 | | □ 下記全ての関係書類  □ 保険証・認定証関係　　　　□ 保険料関係　　　　□ 給付関係 | | | |
| 変更の理由 | | □ 介護施設や医療機関に入所・入院しているため  □ 認知症等により紛失の恐れがあるため  □ 現住所地に住んでいないため  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 変更送付先 | フリガナ※必須 |  | 被保険者  との関係 | |  |
| 受取人又は  事業所等名称 |  |
| 変更適用日 | | 年　　月　　日 |
| 住　　所  ※申出人と同じ場合は記入不要 | 〒　　　－ | | | |
| 方書(マンション・アパート・施設名・宛先世帯主等) | | 電話番号 | （　　　）　　－ |

※被保険者本人又は主たる介護者である家族（委任者）の信任により委託を受けて第三者が申出を代理で行う場合は、下記の委任状を作成のうえ、提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委 任 状 | 私は、次の者を代理人と定め、介護保険関係書類の送付先に関する件について委任します。 | |
| 年　　月　　日 | 委任者氏名 |
| 代理人  （住所）〒　　　－    （氏名） | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組　合  処理欄  (記入不要) | 備 考 |  | 入力日 | 入力 |
| ．　． |  |