

# 介護保険被保険者証等の送付先変更届

令和 年 月 日

(あて先) 津 市 長

このことについて、次のとおり介護保険被保険者証等の送付先の変更をお願いします。

なお、送付された被保険者証等については、責任を持って被保険者に届け、本来の目的以外には利用しません。

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 氏名（事業所名）                   | ※自署でない場合は、記名と押印が必要です。 |
| 住所（所在地）                    | 〒 —                   |
| 被保険者との関係                   |                       |
| 電話番号                       | ( ) —                 |
| ※事業所届出の場合は、<br>居宅介護支援専門員氏名 |                       |

|                  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変<br>更<br>理<br>由 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

②の場合には、右の部分にも記入をしてください。

|             |   |                   |     |
|-------------|---|-------------------|-----|
| 送<br>付<br>先 | ① | 上記届出者宛に、送付してください。 |     |
|             | ② | 住 所<br>(所在地)      | 〒 — |
|             |   | 宛 名               |     |

※ この届出に基づき送付先を変更するのは、今回提出いただいた介護保険要介護(更新)・要支援(更新)認定申請又は介護保険要介護認定変更申請 若しくは 介護保険被保険者証又は資格者証の再交付申請で交付される被保険者証・資格者証等に限ります。

次回以降についても送付先の変更を希望される場合には、その都度届出が必要です。

また、介護認定に伴い介護保険負担割合証が同時に交付される場合は、あわせて同送付先に送付されます。

(本人・家族同意欄) 上記送付先変更について同意します。

|          |             |
|----------|-------------|
| 署 名      |             |
| 被保険者との関係 | 本人 ・ 家族 ( ) |

\* 届出が被保険者本人又は家族の場合は同意は不要