**介護保険被保険者証等　送付先（変更・解除）届**

　　　年　　　月　　　日

　会津若松市長　あて

**次のとおり、介護保険被保険者証等の送付先（変更・解除）を希望します。**

　　下記届出内容に変更があった場合、遅延なく届出をすることを申し添えます。

　　※届出以降に被保険者が転出・転居した場合等でも、この届出は有効となります。

　　※届出内容に変更が生じた場合、速やかに変更・解除届の提出をお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出人氏名 |  | 本人 ・ 同世帯者 ・ その他（　　　　　） |
| 届出人住所 | 〒 | 電話番号 |
|  | |

＊届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・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 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | フリガナ | | | | | | | | | | | 性　　別 | | 男　　　・　　　女 |
|  | | | | | | | | | | | 電話番号 | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先名 | | フリガナ | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | |
| 様方 | | | | | | | | | | |
| 被保険者  との続柄 |  | |
| 変更・解除希望内容 | | １　被保険者証等資格関係　　２　介護保険料関係　　３　１・２両方 | | | | | | | | | | | | | |
| 希望理由 | | １　長期入院等により不在のため　　２　紛失の恐れがあるため  　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先変更・解除年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

※　本人の確認のため**被保険者及び届出人の身分証明書**が必要になります。

※　事業者等の職員として委任されている場合は、事業者等の職員である証明（社員証等）をご持参ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※　被保険者等確認  　□マイナンバーカード（本人・申請人）  　□介護保険証（本人・申請人）  　□負担割合証（本人・申請人）  　□その他（本人・申請人）（ | □運転免許証（本人・申請人）  □医療保険証（本人・申請人）  □介護事業所関係（申請人）  　　　　　　　　　　　　　） | 端末入力日 | 受付者 |
|  | □ 管理Ｇ  □ 給付Ｇ |