

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							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	端末入力日	受付者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 運転免許証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 介護保険証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 医療保険証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 負担割合証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 介護事業所関係（申請人） <input type="checkbox"/> その他（本人・申請人）（ ）		<input type="checkbox"/> 管理G <input type="checkbox"/> 給付G