

介護保険 被保険者証等の送付先（登録・変更・抹消）届出書

（あて先） 松 山 市 長

受付印

届出年月日 令和 年 月 日

申請者	住所			
	フリガナ			
	氏名	連絡先電話番号	()	
	被保険者との関係	本人 ・ 同一世帯員 ・ 代理人		

※添付書類 ○本人申請・同一世帯員申請 ⇒ ・申請人の本人確認書類の写し
○代理人申請 ⇒ ・申請人（代理人）の本人確認書類の写し+・委任状

※申請人と同じ場合は下の□に☑を付けてください。

変更する被保険者	同一世帯員の場合は、本届出書で変更することができます。										
	フリガナ				被保険者番号						
	氏名①	□(同上)			0	0	0				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男 ・ 女			
	フリガナ				被保険者番号						
	氏名②				0	0	0				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男 ・ 女			
	住所	松山市	町	丁目	番地		番号				
		□申請者と同じ			電話番号		()				

該当する番号に○

事由	1 登録（変更）	2 抹消
----	----------	------

※1の場合、送付先住所

送付先住所	〒	—	
	□申請者と同じ		() 様方)

届出理由	
------	--

※送付先を設定されている人が、住民票の転居・転出手続きをした場合でも、送付先は抹消されません。送付先を変更・抹消される場合には、再度介護保険課への届出が必要です。

確認	受付	入力	入力年月日	特記事項

