

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

記入例

届出年月日 令和 年 月 日

申請者	住所	松山市二番町四丁目7-2		
	フリガナ	カイゴ イチロウ		
	氏名	介護 一郎	連絡先電話番号	(948) 6919
	被保険者との関係	本人 ・ 同一世帯員 ・ 代理人		

- ※必要書類
- 本人申請・同一世帯員申請 ⇒ ・申請者の本人確認書類
 - 代理人申請 ⇒ ・申請人（代理人）の本人確認書類
 - ・委任状（または被保険者の本人確認書類）

※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	フリガナ		被保険者番号										
	氏名①		☑ (同上)	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	生年月日	明・大・昭 年 月 日											
	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											
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	〒 790 - 0003 松山市三番町六丁目6-1
	☐申請者と同じ (介護 次郎 様方)

届出理由	郵便物の管理ができないため
------	---------------

※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

