

介護保険 送付先変更届
(登録・変更・取消し)

年 月 日

(あて先)
湖西市長

①送付先変更を希望する税目等

(希望する管理区分に☑を記入してください。指定がなければ、すべての送付先を変更します。)

管理区分	<input type="checkbox"/> 資格記録管理・受給者管理・給付実績管理
	<input type="checkbox"/> 保険料納付記録管理

【通知名等】

- ※ 資格記録管理 : 資格者証、被保険者証等
- ※ 受給者管理 : 要介護・要認定更新のお知らせ、認定等結果通知等
- ※ 給付実績管理 : 給付償還、給付高額、給付制限、利用者減免等通知等
- ※ 保険料納付記録管理 : 納入通知書、過誤納関連通知書、督促状、催告書等

②被保険者

被保険者	介護保険被保険者番号		
	住所	〒 湖西市	
	氏名		電話番号

③届出人 (被保険者と同じ場合、☑を記入してください。)

届出人	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	被保険者との続柄	
	住所	〒	
	氏名		電話番号

④送付先変更理由 (該当する項目に☑を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 入院のため	<input type="checkbox"/> 施設入所のため	<input type="checkbox"/> 家族事情のため	<input type="checkbox"/> 判断能力低下のため
<input type="checkbox"/> その他 ()			

⑤送付先 (届出人と同じ場合、☑を記入してください。)

送付先	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ			
	住所	〒		
	氏名		電話番号	

上記のとおり送付先を変更願います。また、送付先の変更にあたり、以下のことを誓約します。

- ・送付先変更に伴う不利益はすべて届出人の責任とし、湖西市に責任を問いません。
- ・内容に変更が生じた場合、すみやかに変更の届出をします。

【受付欄】

確認書類	<input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> その他 ()
受付	<input type="checkbox"/> 高齢者福祉課 ()

