

介護保険 送付先登録（変更）届

平成 年 月 日

ふじみ野市長 宛て

《申請者》 〒 _____

住 所 _____

フリ ガナ
氏 名 _____

被保険者との続柄 本人 ・ 同一世帯員 (_____)

後見人等 (_____) ・ 代理人 (_____)

電 話 (_____)

【必要書類】 ○本人・同一世帯員申請：申請者の本人確認書類

○代理人申請：申請者の本人確認書類+委任状

以下のとおり、介護保険関係書類の送付先を届出します。なお、どのような紛議が生じても私が処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

《被保険者》

被保険者番号	_____	生年月日	大正 昭和 年 月 日生
フリガナ	_____	住 所	ふじみ野市 □《申請者》と同じ
被保険者 氏 名	_____		

◎今後の通知等の送付先について（どちらかに○を付けてください）

㊦ 上記申請者とする

㊦ 次の者とする

送 付 先	フリガナ	_____	被保険者 との続柄	_____
	氏名	_____	電 話	(_____)
	住所	〒 _____		

理 由	_____
-----	-------

市担当者確認・処理欄

申 請 者 確認書類等	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
市担当者確認欄	受付	_____	入力設定	_____	確認	_____