

介護保険 送付先登録（変更）届

令和 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 <input type="checkbox"/> ≪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）

- ⑦ 上記申請者とする
- ① 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