

介護保険送付先変更（新規・変更・取消）届

(該当する部分の□に✓を付けてください)

被 保 険 者 (本 人)	氏 名		被保険者番号	
			生 年 月 日	
	住 所 (住民登録地)			
送 付 先	住 所	〒 方書		
	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏 名		電 話 番 号	
理 由	☐ 新 規 ☐ 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため ☐ 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため ☐ その他 ()			
	☐ 変 更 ☐ 送付先人を変更したいため ☐ 送付先人が住所変更したため ☐ その他 ()			
	☐ 取消し ☐ 必要なくなったため（理由： ） ☐ 被保険者の住民登録地に送付先を戻すため ☐ その他 ()			
(あて先) 前橋市長 上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日				
届 出 人 1. 本人（被保険者） 2. 代理人（本人との関係： ） 氏 名 _____ ＊届出人が本人または送付先人の場合は、氏名のみご記入ください。 住 所 _____ 連絡先電話番号 _____				

(前橋市記入欄)

本人 / 代理人確認書類	代理権確認書類	受付	入力
写付 1 免許証・個人番号カード・介護・他 ()	保険証・委任状	/	
写無 2 保険証・他 ()	他 ()		

(宛名番号:)

(本人の保険証等代理権の確認できるものがない場合)

委任状

令和 年 月 日

被保険者
住 所 _____

被保険者
氏 名 _____ 印

(あて先) 前橋市長

私は、市役所に出向くことができないので、介護保険送付先変更届について、
次の者にその権限を委任します。

代理人
住 所 _____

代理人
氏 名 _____