

# 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	
	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	<input type="checkbox"/> 新 規	<input type="checkbox"/> 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 変 更	<input type="checkbox"/> 送付先人を変更したいため <input type="checkbox"/> 送付先人が住所変更したため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 取 消 し	<input type="checkbox"/> 必要なくなったため (理由: ) <input type="checkbox"/> 被保険者の住民登録地に送付先を戻すため <input type="checkbox"/> 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・介専・他( )	保険証・委任状	/	
写無 2 保険証・他( )	他( )		

(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

㊟

(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