

変更または解除に○をつけてください

通知書等送付先〔(変更)・解除〕届

記載例

令和〇年 △月 □日

鎌ヶ谷市長 様

届出人	住所	〒〇〇〇-△△△△ 〇〇県△△市□□□ ×××-××		
	氏名	初 富 梨 子		
	電話番号	047-445-1380	被保険者との続柄	長女
	届出人の本人確認書類 (郵送の場合裏面に添付)	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	変更理由	<input type="checkbox"/> 病院・施設等への入所 <input checked="" type="checkbox"/> 本人管理が困難 <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人等の決定 <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	変更年月日	令和4年 3月 1日 ~ 年 月 日		

変更の期限が決まっていない場合
終了年月日は不要です

通知書等の送付先について、下記のとおり(変更)・解除)したいので届出します。

なお、送付先に関する事項は、被保険者(またはその関係者)並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は届出人である私が負うことに同意します。

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	被保険者氏名	鎌ヶ谷 太郎				生年月日	明・大(昭)	10年9月1日		
	住所	〒273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1								

送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先が届出人と同じ (以下記入は不要です)					
	フリガナ氏名			電話番号		
	住所	〒		被保険者との続柄		

情報提供の同意欄 (記入任意)

災害時、行方不明時等における生命の保護、また介護保険サービスの円滑な提供等を目的として、関係機関(警察、消防、病院、介護保険事業所、地域包括支援センター等)に上記情報を提供することに同意します。

本人又は代理人の署名

初 富 梨 子

市確認欄	添付書類 (申請者確認書類)	帳簿管理区分	変更の有無	受付担当印
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	給付実績管理		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証	納付管理		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	受給者管理		

届出人の身分確認証 貼付欄 郵送の場合

貼り切れない場合は添付してください。

(健康保険証の写しを添付する際の注意事項)

健康保険	本人(被保険者)	〇〇〇〇
被保険者証	令和〇〇年〇〇月〇〇日交付	
	記号	■
	番号	■
氏名	初富 梨子	
生年月日	昭和40年1月1日	
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
事業所所在地	千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地	
事業所名称	株式会社〇〇〇〇	
保険者番号	■	
保険者名称	〇〇〇〇保険協会	
保険者所在地	千葉県〇〇市〇〇町〇〇番地	

記号・番号・2次元コード(あれば)は必ずマスキングして添付してください。

マスキング方法

- ・保険証をコピーした用紙の該当箇所を黒ペン等で塗りつぶす
- ・保険証に付箋等を貼り付けてからコピーをする