令和　　年　　月　　日

大子町長　様

介護保険被保険者証等送付先変更届

介護保険被保険者証等に係る送付先を変更したいので、届け出ます。

1．被保険者の住所等

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名		0	0	0							
住　所	※住民票の住所と異なる住所に居住している場合のみ記入してください。										

2．送付先を変更する書類

☐ 保険料関係（介護保険料納入通知書等）☐ 利用者減免関係（負担限度額認定証等）
☐ 給付関係（負担割合証等）　☐ 認定関係（要介護認定更新申請書、被保険者証等）

3．変更内容

☐　送付先変更	送付先	〒
	施設名等	
	フリガナ	
	氏　名	
	電話番号	
	被保険者との関係	☐ 子　☐ 介護支援専門員　☐ 介護施設等職員 ☐ その他（　　）
☐　送付先削除	設定している送付先を削除し、住所地へ送付する	

※新送付先と異なる場合のみ記入してください。

届出者	住　所	〒
	氏　名	
	電話番号	
	被保険者との関係	☐ 子　☐ 介護支援専門員　☐ 介護施設等職員 ☐ その他（　　）
※福祉課使用欄	本人確認書類	☐ 運転免許証　☐ マイナンバーカード　☐ 保険証 ☐ 面識　☐ その他（　　）

課長補佐	担当者