

介護保険関係書類送付先届出書

潮来市長 様

下記のとおり、私の介護保険関係書類を書類等送付先へ送付して下さるよう届け出をします。届け出にあたっては留意事項を確認しました。

フリガナ 被保険者名 (届出者)				(印)
住 所	〒			
被保険者番号	0 0 0	介護保険の被保険者番号を記入してください。		
電話番号	日中連絡がとれる連絡先を記入してください。			
理 由	1. 高齢により手続き等が困難なため 2. 施設、病院等に入所(院)中で不在となるため 3. 住民記録地と居所が異なるため 4. その他 ()			
対象書類	1. 介護保険関係すべて 2. 次の関係書類のみ a. 保険料関係(納入通知書、督促状、催告書等) b. 給付関係(高額介護サービス費関係書類等) c. 利用者減免関係(負担限度額認定更新勸奨通知等) d. 認定関係(認定結果通知、更新勸奨通知等)			
入院等の状況	1. 入院中	病院・施設名		
	2. 施設入所中 3. その他			
書類等 送付先	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒		
電話番号			続柄	
	携帯等		被保険者からみた続柄を記入してください。	

代理人	氏 名	_____ (印) 続柄 ()		
		<input type="checkbox"/> 書類等送付先と同じ		
	住 所	_____		
	電話番号	_____	携帯等 _____	

【留意事項】

- この届け出を提出するにあたっては、送付先からの承諾を得てください。
- 通知書の宛名が被保険者名でなく書類等送付先が表示されます。宛名とは別に被保険者名又は被保険者番号が表示されますので、その内容でご確認ください。
- 住所地へ送付する場合や書類等送付先が変更になった場合は、速やかにその旨の届け出をしてください。
- 送付物が届かない状態があったときは、書類等送付先を解除することがあります。