

水戸市長 様

## 介護保険帳票等送付先変更届

介護保険に係る帳票等の送付先を次のとおり変更したいので届け出ます。

## 1 現在の送付対象被保険者氏名

フリガナ	ミト ウメタロウ	被 保 険 者 番 号									
被保険者氏名	水戸 梅太郎	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7

## 2 送付先住所

新住所 (変更後) ※方書も含む	〒 — <input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、住民登録地に戻す。 電話番号 ( )
旧住所 (変更前)	〒 310-0805 水戸市中央5丁目4番3号 MITO マンション310号 電話番号 029 ( 224 ) 1111

## 3 送付先氏名

フリガナ	
送付先氏名	( 記 入 省 略 可 ) 送付先変更を解除する場合は、送付先氏名の記入を省略できます。

## 4 送付先変更適用開始日

<input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 △月 □日から 介護保険に関するすべての書類について	<input type="checkbox"/> 今回申請の ( 認定結果通知書 ・ ) のみ
---	--

## 【 誓約欄 】

送付先 変更理由	(例) 退院し、自宅に戻ったため。		
誓約者	住所	水戸市中央1丁目4番1号	
	氏名	水戸 梅太郎 (水戸) 印 自署の場合は、押印を省略できます。	被保険者 との関係 本人
私は、この届出に係る代表者であり、この送付先変更について他の関係者との問題が生じた場合は、私がその一切の責任を負います。 ※ 市から被保険者へ連絡の必要がある場合において、この届出の内容について、水戸市役所内で共有することに (同意します・同意しません)。			

※ 誓約者の身分証明書及び送付先住所の確認資料が必要です。

(被保険者証持参・身分証明書 : )

## 【 水戸市記入欄 】

受理状況欄	受理日	受付者印	取扱者印	確認者印
<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 認定調査時 <input type="checkbox"/> その他 ( )	令和 年 月 日			