

記入例

付先変更依頼書

提出日、またはポスト投函日をご記入ください。

下記被保険者(受給者)へ送付される書類の送付先変更を依頼します。
また、内容に変更が生じたときは改めて届出します。

令和 2 年 9 月 30 日

届 出 人	住所	(〒 504 - 8555) 各務原市那加桜町 1 丁目 6 9 番地
	ふりがな	かかみ たろう
	氏名	各務 太郎
	電話番号	(058) 383 - 1111
	被保険者との関係	子

被 保 険 者 (受 給 者)	住所	(〒 509 - 0135) 各務原市鵜沼羽場町 2 丁目 1 5 0 番地 1	
	ふりがな	うぬま はなこ	生 年 月 日
	氏名	鵜沼 花子	昭和 11 年 11 月 11 日

送付先を変更する書類に☑し、番号を記入してください。	送付先変更依頼科目	被保険者番号 (受給者番号)											
	☒ 送付先変更する科目に☑してください。	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	番号が不明の場合は空欄で結構です。	
	☒	0	1	2	3	4	5	6	7				

変更理由	入院中・入所中・管理ができない・解除	理由を選んでください。
------	--------------------	-------------

送 付 先	☒ 届出人と同じ	送付先が届出人と同じ場合は☑してください。	
	住所	(〒	
	ふりがな	届出人と異なる場合は記入してください。	
	氏名		
	電話番号	(	
届出人との関係	届出人の本人確認書類の写しと、該当する場合は下記書類も添付してください。		

【添付書類】 ※必ず、下記の必要書類を添付してください。

- ☐ 届出人の本人確認書類(マイナンバーカード等)の写し
- ☐ 送付先の方の本人確認書類の写し(届出人と送付先の方が異なる場合)
- ☐ 送付先住所が確認できる書類(本人確認書類と送付先の住所が異なる場合)
- ☐ 登記に関する証明書(届出人が後見人の場合)

市 処 理 欄	【本人確認】 1点: ☐ 本人確認書類 2点: ☐ 本人確認書類 + 送付先住所が確認できる書類	市が記入する欄ですので、こちらには何も記入しないでください。	受付者サイン	処理者サイン
			高齢介護課	
			医療保険課	