

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ①介護保険送付先指定等届出書
- ②届出人の本人確認書類と添付書類

届出人	必要書類 ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。
被保険者 (AまたはBのいずれか)	A 有効期限内・顔写真付き官公署発行の本人確認書類 1点 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳等1点
	B 有効期限内・顔写真無し官公署発行の本人確認書類 2点 健康保険証、後期高齢者医療証、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点
後見人等	届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等
親族等上記以外	届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄または送付先申請代理申述書(委任欄の記入ができない場合)

2. 送付先変更の注意事項

- ①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
- ②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ届く場合があります。
- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様 (被保険者の氏名 様分)
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

介護保険送付先指定等届出書

3. 記入例

〇〇年 〇月 〇日

藤 沢 市 長
次のとおり届け出ます。

- ①送付先の変更を希望する被保険者の氏名、生年月日、被保険者番号、電話番号、住所を記載してください。

被 保 険 者	氏 名	フリガナ フジサワ タロウ 藤 沢 太 郎	生年月日	明・大(昭) 〇〇 年 〇 月 〇 日
	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
	住 所	藤沢市〇〇町1 2 3 4 番地の 5		

- ②届け出をされる区分に チェックをしてください。

届出の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了
送付先の指定等をする書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類) <input type="checkbox"/> 2・資格関係書類 (65歳到達・住所異動・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証) <input type="checkbox"/> 3・保険料関係書類 (納付書、還付通知等) <input type="checkbox"/> 4・認定関係書類 (認定結果通知と被保険者証等、負担限度額認定証、負担割合証) <input type="checkbox"/> 5・給付関係書類 (給付費支給等決定通知書等)
送付先の指定等をする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が難しいため <input type="checkbox"/> 一時的な施設入所、入院等で不在のため (退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他 ()

- ③送付先の指定等を希望する書類の番号に チェックをしてください。

- ④送付先の指定等をする理由に チェックをしてください。

- ⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は被保険者の氏名となります。被保険者の氏と送付先となる方の氏が違う場合には必ず方書(〇〇方)を記載してください。

送 付 先	氏 名 (宛名)	フリガナ カマクラ コマチ 鎌 倉 小 町	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 鎌倉市〇〇町〇〇番地の〇 方書 (施設名等)	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	続柄	長女
-------------	----------	--------------------------	----	---	------	--------------	----	----

- ⑥届出人が送付先と同じ場合や被保険者と同じ場合は、 に チェックをしてください。それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号、住所を記載してください。

届 出 人	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ							
	氏名		続柄		電話番号			
住所								

※届出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者の署名をしてください。

- ⑦届出人が被保険者以外の場合、委任欄に署名してください。自署が難しい場合は、送付先指定代理申述書を提出してください。

委 任 欄	私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。							
	年 月 日	被保険者 (委任者) 氏名 _____ (自署)						

4. 書類の提出先・お問い合わせ先

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階)
TEL 0466(25)1111(内線3137)