送付先設定届出書

被保険者	被保険者番号		生年月日	年　月　日
	フリガナ			
	氏　名		性　別	男　・　女
	住民登録地	〒　（電話番号）		

送付先	住　所 （方書・施設名等）	〒　（電話番号）	
	フリガナ		被保険者との続柄
	宛名氏名		

事　由	□ 新規届出	□ 変更届出	□ 取消届出
申請の理由	□ 介護施設等（施設名　）へ入所・入院しているため □ 書類管理等が困難なため □ その他（　）		
設定区分	□納付管理 （保険料通知等）	□受給者管理 （認定結果通知等）	□給付管理 （支給決定通知等）

八 幡 浜 市 長 様

上記のとおり □送付先設定の届出をします。
〃　　□送付先設定の届出を委任します。

年　月　日

被保険者署名

代 筆 者 署 名　（続柄）

提出者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

（提出者記入欄）

提出者氏名 （事業所名及び担当者名）		本人との関係	
提出者住所 （事業所所在地）	〒　（電話番号）		
被保険者の確認書類	□委任状　□被保険者証　□運転免許証　□個人番号カード　□その他（		

※本人、同居親族又は法定代理人以外の者が提出する場合は委任状が必要です。ただし、被保険者による委任状の提出が困難な場合は、本人の意思を確認した書類(本人しか持ちえないもの)にチェックをお願いします。

（市記入欄）

提出者確認書類	□運転免許証　□被保険者証　□個人番号カード　□施設等職員証　□その他（　）		
		確認職員 署名もしくは押印	