

送付先（設定・変更・廃止）依頼書

恵庭市長 様

記入例

裏面の誓約書に基づき下記のとおり依頼いたします。また、下記の通知種別に応じ、関係する課に本依頼書の内容を通知することに同意します。

依頼日 年 月 日

被保険者氏名	恵庭 太郎	被保険者番号	(介護)	012345
			(後期)	678910
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	M	2年 3月 4日
住所	〒 061-1498 恵庭市京町1番地 電話 (0123) 33-3131			

(介護)
介護保険証の番号をご記入ください
(後期)
医療保険証の番号をご記入ください

【本人以外が手続きする場合のみ記入】

住所	〒 電話 () -		
氏名		被保険者との関係	

*送付して欲しい住所（手続き人住所と同じであれば同上と記入してください。）

住所	〒 061-1352 恵庭市島松仲町2丁目5番1号 (0123) 36-8324		
かたがき	恵庭 花子 方	送付先居住者との続柄	長女 ※施設などに送付の場合は、記載不要。
理由	1. (<input checked="" type="checkbox"/>) 入院・入所している（入院・入所先： 恵庭〇〇病院 ） 2. () 親族等の所に仮住まい 3. () 認知症等があり本人の判断能力が低下 4. () 出稼ぎなどで長期間不在にする（出稼ぎ先： 5. () 高齢のため本人の処理能力が低下 6. () その他 ()		
通知種別	1. (<input checked="" type="checkbox"/>) 介護福祉課関係通知（介護保険・介護認定に関するものなど） 2. () 後期高齢者医療関係通知		

入院・入所の場合は入院先・入所先を必ずご記入ください

必要な書類にのみ〇をつけてください

恵庭市使用欄

課長	主査	スタッフ（保険・生きがい）	合議（後期）

台帳入力日：