

介護保険 関係通知等送付先 変更届出書

被 保 険 者	番号										生年月日	大正・昭和	年	月	日	
	氏名									住所	〒					
送 付 先	氏名									住所	〒					
	被保険者との続柄									電話番号						

変更・解除の理由	本人死亡後の介護保険料の還付通知・納付書等の受領のため
----------	-----------------------------

重要事項

- ・江東区は、この届によって生じるいかなる損害等について、その責を負いません。
- ・介護保険関係通知等の送付先変更が既にされていて、その送付先から別の宛所へ変更をする場合は、元々設定されている宛先の対象者に変更の旨の了承を得ていることが必要となります。

重要事項に同意の上、介護保険関係通知等送付先変更届出書を届け出ます。

年 月 日

届出者氏名 _____（被保険者との続柄： _____）

確認書類チェック欄（郵送で届出の際は必ず添付し、チェックをお願いします。）

☐ 届出者の本人確認書類（運転免許証、資格確認書、個人番号カード等）のコピー1点添付、
（相続財産清算人の場合その証明書のコピーも添付）

..... 介護保険課資格保険料係記入欄

- ☐ 【還付通知確認】（宛名管理画面＞送付先・電話番号入力後）「収納消込」＞12「個人照会」画面で対象者検索し、青字の金額表示あり＞該当年度を選択し 科目照会＞青字で「還付手続」と表示あり
→ 還付担当へ渡す
- ☐ 上記の表示が無い
→ そのままトレイへ

宛名番号

WEB	受付	入力	係長