

# 介護保険関係書類の送付先変更について

品川区介護保険に関する被保険者ご本人様宛て送付物を住所地（住民登録地）で受け取ることができない場合、送付先を変更することができます。

送付先変更依頼書①に下記②③の書類を添えてご提出ください。

## 【 必要書類 】

- ① 介護保険送付先変更依頼書
- ② 被保険者本人の品川区介護保険被保険者証の写し  
介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証・健康保険者証（※）などでも可
- ③ 送付先の住所・方書を証明するもの（下記参照）

### <親族の方へ送付先を変更する場合>

親族の方の住所地・氏名が記載された身分証明書の写し

（運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証（※）など）

※1）健康保険証によっては住所欄が裏面の場合があります。その際は表裏両方の写しをお送りください。

※2）健康保険証に記載されている被保険者等の記号・番号が見えないようマスキング（黒ぬり）をした写しをお送りください。

### <入所施設の所在地へ送付先を変更する場合>

入所が確認できる書類の写し（施設の請求書・領収書、入所証明など）

### <成年後見人の方へ送付先を変更する場合>

登記事項証明書の写し

※ 登記事項証明書に記載されている住所・後見人名と送付先が異なる場合は、その宛先を確認できるものおよび成年後見人との関係を示すものの写しも必要です。

### <一時的に住まいを移している住所へ送付先を変更する場合>

送付先住まいの住所が記載されている書類の写し（公共料金の領収書等）

## ● 変更後について

- ・再度送付先を変更する場合は、改めてお手続きが必要です。
- ・送付先を元（住所地）へ戻す場合は、解除のお届けが必要です（上記のような書類の添付は不要です）

### 《問い合わせ・提出先 担当係》

品川区役所 高齢者福祉課 （本庁舎3階）

介護保険料係 電話：03-5742-6681

介護認定係 電話：03-5742-6731

介護給付係 電話：03-5742-6927

〒140-8715 品川区広町2-1-36 Fax：03-5742-6881（共通）

品川区介護保険書類等 送付先変更依頼書

被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9
住 所	品川区広町 2 - 1 - 3 6
フリガナ 氏 名	シナガワ タロウ 品川 太郎 昭和 2 年 1 月 6 日生
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 (本人住所地へ送付) 【理由】 施設に入所し、書類等は長男が管理することにしたため
送付先 (解除の場合は 記入不要)	住所 〒 1 4 5 - 0 0 0 1 大田区大森 ● - ● - ● 送付先方 品川 大介 続柄 長男 連絡先 (電話) ●● - ●●●● - ●●●●

上記のとおり、品川区から送付される介護保険全般に関する書類の送付先変更を依頼します。

年 月 日

依頼者 住所 品川区広町 2 - 1 - 3 6 (送付者と同じ場合は同上でも可)

氏名 品川 花子 続柄 妻

連絡先 (電話) ●● - ●●●● - ●●●●

※ 後期高齢者医療保険に関する通知の送付先も変更を希望する場合は、お申し出ください。

※ 高齢者医療係で別途確認が必要な場合、ご連絡することがあります。

変更を希望  する ・  しない / 対象外 (国保・社保に加入中・生保受給中)

【区処理欄】

本人確認資料	<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他				
送付先確認資料	<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書				
受 理 係	(窓口/ 郵送) <input type="checkbox"/> 保険料係 <input type="checkbox"/> 給付係 <input type="checkbox"/> 認定係 <input type="checkbox"/> 総合相談窓口				收受日
受付	入力	点検	後期へ	入力日	
			<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 送付		