

別紙の注意事項をよくお読みください。

被保険者番号：

## 介護保険関係書類 送付先 **登録** 届

届出日 年 月 日

(あて先) 逗 子 市 長

次のとおり届け出ます。

|                  |                |                    |      |          |
|------------------|----------------|--------------------|------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ           |                    | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
|                  | 氏 名            |                    |      | 年 月 日    |
|                  | 住 所<br>(住民登録地) | (〒 - )<br>電話番号 - - |      |          |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |              |  |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| 届<br>出<br>者<br>(<br>窓<br>口<br>に<br>来<br>た<br>方<br>) | いずれかに<br>チェック                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ ➡ ※1の太線枠内のみ記入してください。<br><input type="checkbox"/> 被保険者と異なる ➡ すべて記入してください。                                                                                                |              |  |
|                                                     | フリガナ                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          | 被保険者<br>との関係 |  |
|                                                     | 氏 名                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |              |  |
|                                                     | 住 所                                                                                                                                                                                                                               | (〒 - )<br>電話番号 - -                                                                                                                                                                                       |              |  |
|                                                     | 届出者<br>確認書類                                                                                                                                                                                                                       | ※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証(介護・医療)<br><input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 逗子市確認 |              |  |
| 委任欄                                                 | 私(被保険者本人)は、届出者 _____ を代理人と定め、この届に関する一切の権限を委任します。<br><div>自署が難しい場合は、被保険者本人の介護保険被保険者証または身分証の提示が必要です。</div> <div>被保険者署名 _____<br/>代筆者署名 _____</div> <div><input type="checkbox"/> 被保険者証<br/><input type="checkbox"/> その他身分証( )</div> |                                                                                                                                                                                                          |              |  |

|                                |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                       |              |  |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| 送<br>付<br>先<br>登<br>録<br>者     | いずれかに<br>チェック                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 届出者と同じ ➡ ※2および※3の太線枠内のみ記入してください。<br><input type="checkbox"/> 届出者と異なる ➡ すべて記入してください。                                                                                          |              |  |
|                                | フリガナ                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                       | 被保険者<br>との関係 |  |
|                                | 氏 名                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                       |              |  |
|                                | 住 所                                                                                                                                                                                                                           | (〒 - )<br>電話番号 - -                                                                                                                                                                                    |              |  |
|                                | 送付先登録者<br>確認書類                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証(介護・医療)<br><input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 逗子市確認 |              |  |
| 登録理由<br>(いずれかに<br>チェック、<br>記入) | ※2 <input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 書類管理が困難なため<br><input type="checkbox"/> 住民登録地に居住していないため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                       |              |  |
| 登録対象書類<br>(いずれかに<br>チェック)      | ※3 <input type="checkbox"/> 保険料関係： 保険料額決定(納入)通知書、還付通知書、納付書、督促状等<br><input type="checkbox"/> 給付・認定関係： 保険証、住宅改修・高額介護費・認定結果決定通知書等<br><input type="checkbox"/> 上記を含むすべての書類                                                        |                                                                                                                                                                                                       |              |  |