介護保険の転送（新規・変更・終了）申請書

令和　　年　　月　　日

目黒区長　　あて
下記のとおり、転送について申請します。

被保険者	被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0								
			生年月日	明・大・昭・西暦　　年　　月　　日										
	被保険者住所（住民票の住所を記載してください）													
	転送理由 転送を必要とする理由の番号を一つ○で囲んでください。	1　書類の管理が難しいため												
		2　別の場所に住んでいるが、住民票を異動していないため												
		3（成年後見人・保佐人・補助人）に選任のため（該当するものを○で囲む）												
		4　被保険者死亡のため　　死亡日：令和　　年　　月　　日												
		5　その他（理由を記入してください）〔　　〕												

申請者	フリガナ		被保険者との関係	電話番号
	氏名			
	住所（住民票の住所）	〒　　－　　（被保険者本人の場合は記入不要です）		

申請者の住所と異なる住所へ送付を希望されるかたは以下の欄にご記入ください

送付先（終了時は記入不要）	フリガナ		被保険者との関係	電話番号
	氏名			
	住所	〒　　－		

（注1）転送申請（新規・変更）の場合は、被保険者証・納入通知書（納付書含む）・認定結果通知書等全ての介護保険関係書類がこの住所に転送されます。**介護保険関係以外の書類は転送されません。**
終了申請の場合は、転送申請（新規・変更）が出される前の住所（住民票の住所）に送付します。
いずれの場合においても、あて名は被保険者です。

（注2）送付先の氏名が被保険者と異なる場合は、
送付先住所＋送付先のかたの氏名　**気付**　　被保険者　様　　として送付します。

（注3）本申請は、被保険者本人の了承を得ているものとします。ただし、すでに送付先の登録があり変更・終了の申請を行う場合は、被保険者本人および直前の送付先のかたの了承を得ているものとします。

（注4）目黒区は本申請によって生じるいかなる損害等についても、その責を負いません。

目黒区記入欄

発送元	受付	被保険者確認	申請者確認
日付：　/　/ ホームページ 氏名：	日付：　/　/ 窓口・郵便 氏名：	個力・免・パ・ 介（保・負）・その他 〔　　〕	個力・免・パ・ 介（保・負）・その他 〔　　〕

入力者	入力確認