

介護保険関係通知書等転送(登録・変更・解除)願

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			生年月日
	氏名			明・大・昭 年　月　日
	住所	荒川区　　　　　　　　　丁目　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号		
登録・変更・解除の理由		1 死亡　　　2 入院・施設入所　　　3 成年後見人決定 4 認知症により郵便物管理不可 → ☐ 宛名に本人名を入れないでほしい 5 その他() (被保険者と転送先が同じ住所の場合のみ☑)		
転送する期間		年　月　日から　年　月　日まで		
転 送 先	住　所	〒 - ※施設・事務所等の場合は、名称まで記入してください。		
	電話番号	()		
	フリガナ			被保険者との関係
	宛　名			
介護保険の諸通知について、上記のとおり転送(登録・変更・解除)するようお願いします。 この届出により貴職にご迷惑をおかけすることはございません。 なお、変更・解除の場合は、前回届出者の了承を得ています。 年　月　日 届出者　住　所 ☐ 上記転送先に同じ (電話番号) 氏　名 被保険者との関係 荒川区長　殿				

◎必ずお読みください

- ・ 転送願を出されていても、住民登録をされている住所に実際に住んでいない場合、実態調査により住民登録を消除されることがあります。住民登録を消除されますと介護保険の資格も同時に喪失しますのでご注意ください。（転送願は住民登録を確保する手続きではありません。）
- ・ 転送願を出されると、介護保険に係る書類のすべてが転送されます。（介護保険以外の書類は転送されません。）
- ・ 届出には次の(1)～(3)の確認書類が必要です。郵送の場合はコピーを添付してください。

(1) 被保険者本人の本人確認書類または代理権が確認できる書類(届出者が被保険者本人以外の場合)
☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐パスポート ☐在留カードまたは特別永住者証明書 ☐障害者手帳
☐介護保険証 ☐登記事項証明書 ☐委任状(コピー不可) ☐その他()

(2) 転送先の住所及び宛名が確認できる書類((3)で確認できる場合や転送を解除する場合は不要)
☐親族等の本人確認書類(親族等の住所の場合) ☐公共料金の領収書・郵便物等(一時的に住居を移している場合等)
☐入院診療計画書・入居契約書等(病院・施設) ☐その他()

(3) 届出者の本人確認書類(顔写真付きの場合は1点 顔写真なしの場合は2点)
☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐パスポート ☐在留カードまたは特別永住者証明書 ☐障害者手帳
☐介護保険証 ☐その他()

処理欄	受付	入力	確認欄	介護給付係	介護認定係	資格保険料係	受理簿	確認	受理No.	☐ 登録・変更 (死亡・その他) ☐ 解除