

別送扱い申請書（介護保険課）

申請日 年 月 日

1 申請者

氏名		電話	
住所			
被保険者との関係			

2 被保険者

氏名		電話	
住所			
被保険者番号			

3 別送先

氏名		電話	
住所	〒 -		

4 別送を希望する理由（あてはまるものに○をしてください）

1	被保険者が施設（施設名： ）に入所中のため。
2	被保険者が病院（病院名： ）に入院中のため。
3	被保険者が郵便物の管理をできないため。
4	被保険者が一時的に別送先に滞在するため（期間： ～ ）
5	その他（理由 ）

◆ 誓約事項

1. 介護保険被保険者証の資格に異動があった場合には、ただちに甲府市介護保険課に申請をいたします。
2. 別送先住所に変更があった場合には、ただちに甲府市介護保険課に申請をいたします。

※申請者の身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など国もしくは地方公共団体の機関が発行した資格証及び証明書）の写しを添付してください。

※介護保険課からの郵便物は全て別送先に送られます。

受付	入力
----	----