

送付先変更手続き事務取扱要領

1 趣旨

介護保険の被保険者に対し発送する文書の送付先変更に係る手続きは本事務取扱要領により定める。

2 送付先変更の受付

- (1) 被保険者からの送付先変更の申立は書面によるものとする。
- (2) 前号による送付先変更の申立は別添様式1により行う。
- (3) 第1号による申立のうち、一時的な変更を行おうとする場合は、別添様式2により行うものとする。

3 送付先変更決定時の留意事項

送付先変更の申立の受付にあたっては以下に留意して対応するものとする。

- (1) 被保険者本人に送らない場合は、特段の事情について申立があった場合に認めるものとする。
- (2) 前号に掲げる「特段の事情」は、被保険者本人に送付しないことに合理的な理由があれば足りるものとする。
- (3) 申立人は原則として被保険者本人、親族または法定後見人とする。
- (4) 被保険者本人、親族または法定後見人以外の者（以下「第三者」という）による申立は認めない。ただし、単なる使者として届け出することは認める。
- (5) 送付先を第三者とすることは認めない。
- (6) 被保険者がDVの被害者でないかをチェックし、DV被害者である場合は、親族であることのみをもって認めることはしない。
個別事情を勘案して決定するものとする。
- (7) 暫定的に独居で入院中の被保険者の場合等は、上記2（3）により、申立を受けるものとするが、この場合は被保険者本人宛とし、2重封筒等の措置をとる。（例：表の封筒が病院宛、内側の封筒が被保険者本人宛）
- (8) 独居で重度の認知症の場合等、何度送っても失くしてしまうような場合は、成年後見制度の活用を指導するものとする。

- 4 上記3によりがたい事案が発生した場合は、介護保険管理課と協議のうえ、対応するものとする。

附 則

(施行時期)

1 この要領は、令和元年5月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の際現にこの要領による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

(施行時期)

1 この要領は、令和6年4月1日から施行する。

介護保険送付先変更に関する申立書

(あて先) 千葉市

区長

下記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先を変更することを申立てます。申立にあたり、本人(本人の意思が確認不能の場合は家族又は本人の意思を代理できる者)の了解を受けています。

なお、送付先を再変更する場合(送付先からの転居など)や変更の必要がなくなった場合にはその旨を速やかに申立てます。

また、本申立により発生する諸問題は、申立人が責任をもって対処することを了承します。

※一度申立いただくと、以後、申立をいただくまでは送付先は変更されませんのでご注意ください。
ただし、送付先へ送った書類が何度も返送となる場合は、送付先変更を解除することがあります。

申立日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除							
申立人	フリガナ								
	氏名(署名)	(注)申立人が自筆で署名してください。なお、自筆でない場合は記名押印に代えることができます。							
	被保険者との関係	(注)被保険者から見た関係をご記入ください。 例:長男、長女、甥、姪等							
	郵便番号	〒 -							
	住所								
	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)							
	申立人の本人を確認できる書類の提示または写し(コピー)の提出	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () (注)該当するものをチェック。その他の場合は具体的な書類名をカッコ内に記載。							
被保険者	被保険者番号(10桁)								
	フリガナ								
	被保険者氏名								
	生年月日	年 月 日							
	住所								
送付先変更について	変更する書類	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格・受給関係のみ(被保険者証、認定決定通知書、負担割合証等) <input type="checkbox"/> 保険料関係のみ(保険料決定通知書、保険料還付通知書等) <input type="checkbox"/> 給付関係のみ (負担限度額認定証、高額介護サービス費支給決定通知書等) (注)該当するものをチェック。(チェックがない場合は全て変更になります。)							
	変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院のため <input type="checkbox"/> 認知症等により書類の管理が困難となったため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象者であるため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他特段の事情() <input type="checkbox"/> 解除(送付先変更の必要がなくなったため) (注)該当するものをチェック。その他の場合はカッコ内に具体的な変更理由を記載							
	※どちらかに丸印 以下に記載のとおり ・ 申立人と同じ(以下の記載は必要ありません)								
	変更後の送付先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">郵便番号</td> <td>〒 -</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td style="text-align: right;">携帯電話など平日、日中の連絡先(- -)</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>宛名</td> <td></td> </tr> </table>	郵便番号	〒 -	住所	携帯電話など平日、日中の連絡先(- -)	フリガナ		宛名
郵便番号	〒 -								
住所	携帯電話など平日、日中の連絡先(- -)								
フリガナ									
宛名									

職員記入欄

申立人確認 運転免許証の写しの取得 健康保険証の写しの取得 その他()

申立のとおり処理してよろしいか。

年 月 日

室長	主査	係	受付

介護保険関係書類別送申立書

申立日	年	月	日
被 保 険 者	番号 _____		
	氏名 _____		生年月日 _____
	住所 _____		
	連絡先 _____		

上記被保険者にかかる介護保険関係書類については、下記のとおり**今回に限り別送**をお願いします。

なお、申出するにあたり本人（本人の意思が確認不能の場合は家族又は本人の意思を代理できる者）の了解を受けています。

別 送 書 類	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定結果 <input type="checkbox"/> 再交付書類（被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証） <input type="checkbox"/> 居宅・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出による被保険者証 <input type="checkbox"/> 保険料関係（保険料決定通知書、保険料還付通知書等） <input type="checkbox"/> その他 _____
------------------	---

別 送 理 由	<input type="checkbox"/> 入院などで長期不在のため <input type="checkbox"/> その他（具体的理由） <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
------------------	--

別 送 先	氏名 _____	被 保 険 者 と の 関 係	_____
	住所 _____		
	連絡先 _____		

申 立 人	氏名 _____	被 保 険 者 と の 関 係	_____
	住所 _____		
	連絡先 _____		
	送付先と申立人が同じ場合は記入不要		
本 人 確 認 書 類	申立人の本人を確認できる書類の提示または写し（コピー）の提出 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

職員記入欄

申立人確認 運転免許証の写しの取得 健康保険証の写しの取得 その他（ _____ ）

申立のとおり処理してよろしいか。

年 月 日

室長	主査	係	受付