

## 文書送付先変更届出書

坂祝町長 あて

私は、\_\_\_\_\_に対して町から発送される、介護保険・高齢者医療保険の文書ついて送付先の変更を届け出ます。

申請者住所	(〒 - )		
申請者氏名			電話( ) - 世帯主または被保険者との続柄

送付先を変更する被保険者	高□ 号□ 介□	被保険者番号	生年月日	M T S
	被保険者氏名 または世帯主名			性別 男・女
	変更前の送付先住所		(〒 - )	電話( ) -
	変更後の送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ (〒 - )	電話( ) -
	受取人氏名		<input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	続柄
送付先を変更する理由				

## 【注意事項】

誤って変更前の住所に文書が送付された場合はご了承ください。  
また、この届出とあわせて、郵便局で郵送物転送の届出をしていただくことをおすすめします。  
**申請者の本人確認ができる書類を添付の上、ご提出ください。**

## ※ 町使用欄

申請者確認	<input type="checkbox"/> 免許証(写真付) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> ( )	確認者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> ( )	
	<input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> ( )	

介護	介護システム	
	別住所管理	

後期	広域システム	
	CSシステム	