

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	(〒 -)		
	電話()		-
申請者氏名	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		電話() -	
		電話() -		
受取人氏名		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	