

送 付 先 変 更 届

令和 年 月 日

平 群 町 長 宛

申請者 住所
(窓口に来られた方)

氏名

電話番号

下記のとおり、令和 年 月 日より送付先の変更を願います。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明
済であり、生じた問題に関する責任は、申請者である私が負うことに同意し、受け取った送
付物について、適正に管理することを誓約します。
記

【送付先の変更を希望する手続き】

☐後期高齢者医療保険 ☐福祉医療 ☐介護保険 ☐児童福祉 ☐障害福祉

上記以外（国民健康保険・住民税・固定資産税等）については、送付先変更されません。別途担当課へお問合せください。

送 付 先 の 変 更 を 希 望 す る 対 象 者	①	ふりがな		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	氏名				
	住所	〒 -			
変 更 後	②	ふりがな		対象者との 続柄	
	氏名				
	住所	〒 - 電話番号（ ）			
理 由					
添付書類 (A⑥各1点)		※必ず本人確認ができる書類（写し）を添付してください。 ① マイナンバーカード／介護保険証／健康保険証・他（ ） ② マイナンバーカード／運転免許証／健康保険証・他（ ）			

※ 住所は住民票に記載されているとおりに記入をお願いします。

(処理欄につき、以下記入しないでください)

後期高齢	介護保険	児童福祉	障害福祉

受 付	入 力	確 認	備 考