# 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 | ふりがな | | 生年月日 | T・S・H・R<br>年　月　日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒　　－ | | |
| Ⓑ 変更後 | ふりがな | | 対象者との続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒　　－<br>電話番号（　　） | | |
| 理　由 | | | | |
| 添付書類<br>（ⒶⒷ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。<br>Ⓐ　マイナンバーカード／介護保険証／資格確認書・他（　　）<br>Ⓑ　マイナンバーカード／運転免許証／資格確認書・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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

R8.8.26改訂