

## 送付先（変更）届出書

被保険者	住 所	〒 —		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
送 付 先	住 所	〒 —		
	フリガナ		被保険者との 関係（続柄）	
	氏 名			
	電話番号	— —		
有効期間 (指定する場合)	年 月 日 ~ 年 月 日			
送付先を変更 する書類	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 特別医療			
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
<p>若桜町長 様</p> <p>上記のとおり、書類の送付先の変更を届け出ます。</p> <p>なお、この内容に変更があった場合は、ただちに届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">被保険者との関係（続柄）</p> <p style="text-align: center;">電話番号 — —</p>				

届出者の本人確認書類（本人以外の場合は、本人の本人確認書類）の提示または写しの添付