送　付　先　変　更　依　頼　書

令和　　　年　　　月　　　日

上　里　町　長　様

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

被保険者との関係（　　　　　）

　下記被保険者に対する後期高齢者医療制度・介護保険制度に係る書類について、下記送付先へ送付することを依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 氏　　　　　名 | |  | |
| 住　　　　　所 | |  | |
| 生　年　月　日 | |  | |
| 送付先を変更する理由 | | |  | |
| 送　付　先 | 住　　　　　所 | |  | |
| 氏　　　　　名 | |  | |
| 送付先を変更するもの | | | □　保険料に関する通知（賦課決定通知等）  □　資格に関する通知（被保険者証等）  □　給付に関する通知（高額サービス支給通知等） | |
| 備　　　　　考 | |  | |

※後見人の場合は、後見人と確認できるものを添付すること。