

送 付 先 変 更 依 頼 書

令和 年 月 日

上 里 町 長 様

住所

ふりがな
氏名



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。