

国保・後期高齢者医療・介護保険通知書等送付先変更届

吉岡町長 様

次のとおり通知書等の送付先を変更したいので届出します。

年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒		
電話番号			

※ご家族以外が申請する際は、委任状が必要です。

被 保 険 者 （ 本 人 ）	被保険者番号	1 0 3 4 5	個人番号	
	フリガナ		生年月日	. .
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所 (住民登録地)	吉岡町大字		
	電話番号			

【変更理由】該当するものに○を付けてください。

1. 介護施設・医療機関等に入所・入院しているため
2. 認知症等で書類を紛失するおそれがあるため
3. その他 ()

【変更項目】

1. 国民健康保険
2. 後期高齢者医療保険
3. 介護保険
4. 福祉医療
5. 障害福祉
6. その他 ()

【送付先】

1. 申請者宛てに送付
2. 申請者以外のところへ送付 → 下記に記入してください。

住 所	〒		
宛名氏名			
電話番号		被保険者 との続柄	