

国民健康保険

介護保険 関係書類等送付先変更届

後期高齢者医療保険

年 月 日

嵐山町長 様

申請者氏名	
申請者住所	
電話番号	

下記のとおり、被保険者に関する書類の送付先を変更することを届け出ます。書類の送付について、指定した送付先からは承諾を得ており、万一紛議を生じて一切迷惑をかけません。また、郵便物が送付先に届かない状態が続いた場合は、送付先を解除されても異議はありません。

記

被保険者番号	国・後	
	介	
被保険者氏名		
被保険者住所		
送付先住所	〒	
	電話番号	( )
送付先氏名	本人との続柄 ( )	
送付先変更理由	施設入所のため ・ 書類管理のため その他 ( )	