送付先変更届出書(新規・変更・廃止)

被保険者本人	通知書番号(宛名番号)								
	フリガナ		生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名					
	住　所					

変更希望科目	□ 国民健康保険	□すべて　□賦課関係(保険料決定通知等)　□資格関係(被保険者証等)
	□ 介護保険	□すべて　□賦課関係(保険料決定通知等)　□認定関係(被保険者証等)
	□ 後期高齢者医療保険	□すべて　□資格(保険証等)　□賦課(保険料決定通知, 納付書, 督促状等) □給付(高額医療費申請書, 支給決定通知等)　□医療費通知　□後発薬品

送付先	変更後	〒 電話番号　(　　)
		あて先 本人・本人以外　フリガナ　氏名　被保険者との関係　[　　]
	変更前	〒
送付先変更の理由(具体的にご記入ください)		□死亡後送付先　□後見人送付先(要添付書類)　□施設入所または入院
対象期間		令和　年　月　～　令和　年　月

寒川町長 様

(届出日)　令和　年　月　日

上記のとおり届出いたします。

届出人

住　所　　電話番号　(　　)

*住所・電話番号は、被保険者および送付先のあて先と異なる者が届出する場合に記載

氏　名　　被保険者との関係　本人・本人以外(　　)

本人が届出できない理由	※相当の理由がない場合はお受けできません。 (例)施設入所しているためなど

※注意　送付先の変更については、被保険者の方が別の市区町村に転出した場合は、転出先の市区町村において再度提出が必要となりますのでご注意ください。

届出人本人確認書類	□免許証　□パスポート　□個人番号カード　□各種健康保険証　その他(　　)
送付先住所確認	□届出人本人確認書類　□施設　□その他(　　)
備　考	