

送付先変更届

宇治田原町長 様

被保険者の（ 国民健康保険 後期高齢者医療保険 介護保険）に係る郵便物の送付に関して、次のとおり送付先の変更を届け出ます。

なお、申請者以外の者から異議申し立てがあったときは、申請者の責任において解決し、貴町には一切ご迷惑をかけないことを確約します。

申請日		平成 年 月 日		
申請者	フリガナ			申請者本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名	印 続柄() ※申請者は本人又は親族の者に限る		
	住所	〒 -		
	電話番号	- -		

※郵送による申請の場合、必ず申請者本人確認書類のコピーを添付して下さい。

被保険者氏名	生年月日	性別	被保険者番号
	昭和・平成 年 月 日	男・女	
	昭和・平成 年 月 日	男・女	
	昭和・平成 年 月 日	男・女	
	昭和・平成 年 月 日	男・女	
	昭和・平成 年 月 日	男・女	
	昭和・平成 年 月 日	男・女	
現住所	〒 京都府綴喜郡宇治田原町		
現在の送付先住所	〒		
新しい送付先住所	〒		
変更理由			