

年 月 日

(被保険者)
〒

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

川島町長 様

送付先変更届

下記のとおり送付先を変更願います。

送付先	変更前	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <small>※異なる場合は下段にご記入ください。</small>	
		住 所	〒
		ふ り が な	
		氏 名	
		電 話 番 号	
		被 保 険 者 と の 関 係	
	変更後	住 所	〒
		ふ り が な	
		氏 名	
		電 話 番 号	
		被 保 険 者 と の 関 係	
変 更 理 由			

送付先の変更を希望する項目に☑と○を付けてください。

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	〔	料・証・その他 ()	全部
<input type="checkbox"/> 国民健康保険		証・その他 ()	全部
<input type="checkbox"/> 介護保険		料・証・その他 ()	全部
<input type="checkbox"/> その他の税			
		<input type="checkbox"/> 障害	

※これより下は職員記入欄です。

上記の者について送付先変更してよいか伺います。

担当	合議	主任	主査	主幹	課長

本人確認方法	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	
<input type="checkbox"/> その他()	