

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 ※異なる場合は下段にご記入ください。	
		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	
<input type="checkbox"/> 介護保険	
<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

運転免許証 健康保険証

マイナンバーカード

その他()