

(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。

(該当に○)		保険証・保険料	
送付先	変更前	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ <small>※異なる場合は下段にご記入ください。</small>	
		住 所	〒 _____
		氏 名	_____
		電話番号	_____
		被保険者との関係	_____
	変更後	住 所	〒 _____
		氏 名	_____
		電話番号	_____
被保険者との関係		_____	
変更理由		_____	

※後期高齢者医療保険・税等についても、送付先の変更を希望する場合は、を入れてください。

後期	税