　　年　　月　　日

（被保険者）

住　所

氏　名

電　話

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 | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 |  |
| 電　話 |  |
| 被保険者との関係 |  |
| 変更後 | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 |  |
| 電　話 |  |
| 被保険者との関係 |  |
| 変更理由 | |  | |
| 承　　認　　書  　　年　　月　　日  川 島 町 長　様  氏名  被保険者　　　　　　　の送付先変更を承認しました。  ※この欄は被保険者本人の住所変更の場合は、記載不要です。 | | | |

後期高齢者医療保険・税等についても送付先変更します。

氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 後期 | 税 |
|  |  |