

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