

送 付 先 変 更 届 (郵送用)

年 月 日

皆野町長 様

下記のとおり送付先を変更したいので申請します。また、本申請により発生する諸問題は、申請者が責任をもって処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

フリガナ  
申請者氏名 \_\_\_\_\_ 対象者との関係 \_\_\_\_\_

申請者住所 〒.....

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

◎変更する内容

国民健康保険関係	全部	または	保険証・保険税関係・医療費等支給
後期高齢者医療関係	全部	または	保険証・保険料関係・医療費等支給
介護保険関係	全部	または	保険証・保険料関係・給付・利用者減免
町 税 関 係	全部	または	住民税・固定資産税・軽自動車税

◎送付先を変更する対象者

氏 名	_____	生 年 月 日	_____ 年 月 日
住 所	〒.....		
国民健康保険証番号	皆・	_____	6桁の番号
後期高齢者医療被保険者番号	_____	_____	8桁の番号
介護保険証被保険者番号	_____	_____	10桁の番号

◎変更送付先  申請者住所と同じ (該当する場合は以下の送付先の記入を省略できます)

住 所	〒.....	電話 ( ) - .....
送 付 先 氏 名	被保険者との関係【      】	
備 考	_____	

**※申請者の本人確認 (運転免許証・パスポート・保険証など) の写しを同封してください。**