

送付先変更依頼書

令和 年 月 日

中土佐町長 様
高知県後期高齢者医療広域連合長 様

下記のとおり、私の送付先の【 変更 ・ 廃止 】を依頼します。

* 本人が記入して下さい。

被保険者・納税義務者	住所	〒		
	ふりがな		生年月日(法人は不要)	
	氏名		年	月 日
	電話番号			

送付先	住所	〒		
	ふりがな		生年月日(法人は不要)	
	氏名		年	月 日
			対象者との続柄	
	電話番号			

【本人以外に送付する場合】

下記書類の送付先【変更・廃止】について同意します。

(送付先になる方)

氏 名 :

該当に○	転送希望書類	・ 介護保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 税金 ・ 国保資格
	転送理由	・ 施設入所、入院中 ・ 別居家族の家で生活 ・ 別居家族が書類管理 ・ その他()
備考		

行政記入欄	受付担当	本人確認			
	(写1点確認)	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証() ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 在留カード・特別永住者証 ☐ その他	2点確認	☐ 健康保険証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()	