

# 送付先変更依頼書

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	⑩	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
	電話番号		対象者との続柄

## 【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 : \_\_\_\_\_ ⑩

該当に○	転送希望書類	・ 介護保険 ・ 国保資格	・ 後期高齢者医療 ・ その他( )	・ 税金
	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点付き)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証( ) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証 <input type="checkbox"/> その他	2点確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )