

送 付 先 （ 変 更 ・ 変 更 廃 止 ） 届

年 月 日

葉 山 町 長 殿

届出者 住 所

氏 名 続柄 ()

(法人の場合は、名称・代表者の氏名)

電話番号

次のとおり、郵送物等の送付先の（変更・変更廃止）を届け出ます。

対象者 (国民健康保険の 場合は世帯主)	氏 名		
	生年月日		年 月 日
	住所	変更前	〒
		変更後	〒 □本人 □家族() □成年後見人 □入居先 □その他
該当項目	□国民健康保険 被保険者番号 () □本人の同意済		
	□後期高齢者医療 被保険者番号 () □世帯主の同意済  □すべて □資格(保険証、基準収入) □賦課(保険料額決定通知書、簡易申告書) □収納(納入通知書、納付書、督促状) □給付(高額医療費申請書、支給決定通知書) □医療費通知		
	□介護保険 被保険者番号 (5)		
	□障害福祉 身体障害者手帳番号 () 療育手帳番号 () 精神保健福祉手帳番号 () 自立支援医療受給者番号 ()		
	□町税		
送付先変更等 の理由	□自己管理ができないため □施設入居のため □自宅不在のため □成年後見人や保佐人が書類管理を行うため (要添付書類) □その他 ()		

課 長	課長補佐	係長	係 員	入 力	確 認
					□本人確認書類
町／法…有(. .)・無 軽…有(. .)・無 資産…有(. .)・無					