

受付印

保険医療課関係書類送付先変更届出書

年 月 日

安芸高田市長 様

次のとおり、保険医療課関係書類の送付先の変更を届け出ます。

(届出人)

住 所	〒		
氏 名		電話番号	
本人との関係	1 本人 2 家族(続柄) 3 担当介護支援専門員 4 介護サービス提供事業所 5 その他 ()		

(本人との関係が3もしくは4の場合)

所属する事業所名等			
確認を行った親族等	氏名		続柄

希望される項目に☑をしてください。

介護

重度障害者医療

後期高齢者医療

乳幼児医療

被保険者番号 または受給者番号					
氏 名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
現 住 所					

(変更後の送付先)

届出人と同じ住所

送付先住所	〒
方 書	※〇〇様方, 特別養護老人ホーム××園内, △△病院内, アパート名 など
ふりがな 送付先宛名	※この欄の宛名が, 郵便物の受け取り相手先になります。
電 話 番 号	

※書類によっては、送付先宛名が本人になることがあります。ご了承ください。