

文書送付先変更届出書

美濃加茂市長 あて

私は、
 に対して市から発送される、
 の文書について送付先の変更を届け出ます。

高齢者医療保険
 介護保険

届出者住所	(〒 -)		
フリガナ		話()	-
届出者氏名		被保険者との続柄	

送付先を変更する被保険者	高齢者医療被保険者番号										生年月日		
	介護保険被保険者番号												
	被保険者氏名												
	変更前の送付先住所												
	変更後の送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除する。 (〒 -) 電話() -											
	受取人氏名	<input type="checkbox"/> 届出者 様方 被保険者 様										続柄	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
		<input type="checkbox"/> 届出者 様(被保険者の氏名を表記しない)											
<input type="checkbox"/> その他()													
送付先を変更する理由													

【注意事項】

誤って変更前の住所に文書が送付された場合はご了承ください。
 また、この届出とあわせて、郵便局で郵送物転送の届出をしていただくことをおすすめします。

※ 市役所使用欄

届出者確認	<input type="checkbox"/> 免許証(写真付)	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 外国人登録証	<input type="checkbox"/> ()	確認者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> ()		
	<input type="checkbox"/> 社員証	<input type="checkbox"/> キャッシュカード	<input type="checkbox"/> 診察券	<input type="checkbox"/> ()	

介護	介護システム	
	別住所管理	

後期	広域システム	
	CSシステム	

医療保険者へのコピー
 済・無し