

(宛先) 白井市長

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 () _____

被保険者との関係 _____

被保険者証等送付先変更願

当該被保険者等に対する(国民健康保険 ・ 介護保険 ・ 後期高齢者医療保険) の被保険者証等については、下記の事由により住所地での受け取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者又はその関係者及び転送先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

記

被 保 険 者 等	住所	〒 _____
	フリガナ	
	氏名	(被保険者番号: _____)
	生年月日	T . S . H . R _____ 年 _____ 月 _____ 日
	電話番号	(_____)
転 送 先	住所	〒 _____
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	(_____)
	被保険者との関係	本人 ・ 親族(_____) ・ 成年後見人 ・ その他(_____)
送付先変更理由		
転送書類		被保険者証等 ・ 給付関係書類 ・ 保険税(料)関係書類

(以下白井市記載欄)

申請者 (本人確認)	被保険者 (本人確認等)	担当課 担当者
<input type="checkbox"/> 個人番号カード、 <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード、 <input type="checkbox"/> 運転免許証	担当課
<input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 被保険者証、	<input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 被保険者証、	高齢者福祉・保険年金
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	担当者: