

送付先変更届出書

舞鶴市長様
京都府後期高齢者広域連合長様

届出人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し、対象者本人の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

《被保険者（受給者）》

住所 舞鶴市字北吸1044番地

氏名 舞鶴 太郎

生年月日 T・S 11 年 11 月 11 日

電話番号(0773) 62 - 2300

《届出人》 ※届出人が異なる場合のみご記入ください。

住所 舞鶴市字南田辺1番地

氏名 舞鶴 一郎

本人との関係 (長男)

生年月日 T・S 44 年 4 月 4 日

電話番号(0773) 77 - 2253

送付先変更を希望するものについてチェックしてください。

後期高齢者医療保険

介護保険

その他()

に関する一切の書類の送付先を下記のとおり変更してください。

日中につながる番号（携帯電話等）をご記入ください

届出人住所地にされる場合、住所の記入は不要ですが郵便番号をご記入ください。

変更後送付先	〒 624-0853	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人住所地 <input type="checkbox"/> 住民票上の住所地
	電話番号() -	
変更理由	(送付先を変更したい理由をご記入ください)	

整理番号		入力
本人確認	免許証・保険証・その他()	