

送 付 先 変 更 届 出 書

年 月 日

舞 鶴 市 長 様

京都府後期高齢者広域連合長 様

《被保険者(受給者)》

住 所

氏 名

生年月日 T・S 年 月 日

電話番号() -

《届出人》 ※届出人が異なる場合のみご記入ください。

住 所

氏 名

本人との関係 ()

生年月日 T・S 年 月 日

電話番号() -

☐ 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。

変 更 後 送 付 先

〒

☐ 届出人住所地

☐ 住民票上の住所地

電話番号() -

変 更 理 由

整 理 番 号

本 人 確 認

免許証 ・ 保険証 ・ その他()

入 力