

送付先変更（開始・修正・終了）届

平成 年 月 日

神 石 高 原 町 長 様
広島県後期高齢者医療広域連合長 様

次の者の係る関係書類の送付先を届出します。

(申請者)

〒

住 所

フリガナ

氏 名

印

電話番号

続柄 ()

※太枠内を記入し、該当する部分の

□にレをつけてください。

宛名番号	被保険者番号 (介護保険)	被保険者番号 (後期高齢)

住 所 (送付先を変更する方)	〒 神石高原町		
氏 名 (送付先を変更する方)			
生 年 月 日 (送付先を変更する方)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	性 別	男・女
送 付 先 変 更 日	平成 年 月 日から 開始・修正・終了		
送付先変更理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らし等で家で文書を受取る者がいない <input type="checkbox"/> 認知症等で家に送ると紛失するおそれがあるため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 転出のため <input type="checkbox"/> 居住地が違うため <input type="checkbox"/> 以前送付先を変更していたが、必要なくなったため <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
送 付 先 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 住所登録地に送付先を戻す <input type="checkbox"/> 送付先住所 〒 電話番号 () -		
送 付 先 人 氏 名	フリガナ	送付先変更をする 人からみた続柄	
送付先変更希望 文 書 選 択 欄	【福祉課】 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係書類 【保健課】 <input type="checkbox"/> 介護保険関係書類 【環境衛生課】 <input type="checkbox"/> 集落排水使用料関係書類 <input type="checkbox"/> 上水道使用料関係書類		
備考欄 (特に注意したいこと等)			

□住記関連システム □介護システム □広域システム □後期システム □その他()

平成 年 月 日 担当職員: