

送付先変更（開始・修正・終了）届

令和 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

次の者に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

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	令和 年 月 日から 開始 ・ 修正 ・ 終了		
送付先変更理由	☐ 独り暮らし等で家で文書を受取る者がいない ☐ 認知症等で家に送ると紛失するおそれがあるため ☐ 死亡のため ☐ 転出のため ☐ 居住地が違うため ☐ 以前送付先を変更していたが、必要なくなったため ☐ その他（具体的に：)		
送 付 先 住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 住所登録地に送付先を戻す ☐ 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】 ☐ 介護保険関係書類 ☐ 高齢者福祉係関係書類 ☐ 後期高齢者医療関係書類 ☐ 国民健康保険関係書類 【健康衛生課】 ☐ 上下水道使用料関係書類 ☐ し尿処理関係書類 【住民課】 ☐ 税務関係書類（納税通知、還付充当通知等）		
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()
☐ 国保システム ☐ 税務システム

令和 年 月 日 担当職員：