

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	<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"/> 介護保険関係書類 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉係関係書類 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係書類 <input type="checkbox"/> 国民健康保険関係書類 【健康衛生課】 <input type="checkbox"/> 上下水道使用料関係書類 <input type="checkbox"/> し尿処理関係書類 【住民課】 <input type="checkbox"/> 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: