

第	号								
送付先変更申請書									
科	目	1. 介護保険			2. 後期高齢者医療保険			3. 国民健康保険	
1. 介護被保険者番号									
2. 後期被保険者番号									
3. 国保被保険者番号									
被 保 険 者 住 所		大紀町							
被 保 険 者 氏 名									
被保険者生年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日							
送付先変更理由									
送 付 先 住 所	() 申請者と同じ住所へ送付して欲しい。								
	住 所 〒 ー								

	方 書 フリガナ _____様方								
	電話番号 () _____								
三重県度会郡大紀町長 様									
送付開始日 令和 年 月 日より、 被保険者に対する郵便物送付先の変更を申請します。									
令和 年 月 日									
申請者 〒 ー									
住 所 _____									
フリガナ 氏 名 ㊞									
電話番号 () _____									
被保険者との続柄 _____									

申請者本人確認書類
1. マイナンバーカード 2. 運転免許証 3. 保険証 4. 面 () 5. その他 ()