

年 月 日

下妻市長 殿

長寿支援課送付先変更届出書

下記のとおり、長寿支援課に係る送付物の送付先を変更したいので届け出ます。

1. 現在の送付対象被保険者氏名

フリガナ											被 保 険 者 番 号
被 保 険 者 氏 名											
生年月日	大・昭	年	月	日							
住 所 (変更前)	〒										電話番号 ()

2. 送付先氏名

フリガナ											
送付先氏名											
住 所 (変更後)	〒										電話番号 ()

3. 届出人

送 付 先 変 更 理 由										
届出人※	氏 名								続 柄	
	住 所	〒								

※届出人の本人確認書類を添付してください。(写真付きの身分証明証)

○送付先を再度変更したい場合、又は届出人に異動が生じた場合は再度提出してください。

4. 送付先変更対象送付物

変更対象送付物	<input type="checkbox"/> 共通	<input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 利用者減免
---------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

【市町村記入欄】

市町村名	受 理 状 況	受 理 日	送 付 先 登 録 日
下妻市	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日	年 月 日

・送付先変更を解除します。

年 月 日

送付先解除者氏名	
----------	--