介護保険・後期高齢者医療保険　通知書類等送付先変更届

高知県後期高齢者医療広域連合長　様
南国市長　様

介護保険・後期高齢者医療保険に係る通知書等につきまして、下記の送付先変更を届け出ます。
届け出による不利益等は、被保険者本人及び届出者が責任をもって対処し、貴市及び貴連合に迷惑をかけないことを申し添えます。

※尚、本変更届により送付先を変更される通知書類には、保険料の賦課等、大変重要な書類等も含まれますのでその旨ご了承お願いします。

届出年月日		年　月　日	□開始　□終了　□変更	
送付先変更項目		□介護保険	□後期高齢者医療保険	
届出者	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄	
	氏　名	㊞		
	住　所	〒 電話番号（　　）　－		

被保険者	番　号	介　護		後　期	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	明･大･昭　年　月　日
	氏　名				
	住　所	〒 電話番号（　　）　－			
送付先有効期間		指定がある場合のみ記入してください。 年　月　日　～　年　月　日			
変更理由 （宛名を変更する場合はその理由）		被保険者以外による届出の場合は必ず理由を記入してください。 記入例：本人が施設入所により自宅に誰も居ないので郵便物の管理ができないため。			
変更後の送付先	住　所	〒 電話番号（　　）　－			
	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄		
	氏　名				

市記入欄

届出人確認書類	受付者	入力者	確認者	備考
□運転免許証　□健康保険証　□介護保険証 □年金手帳　□障がい者手帳　□住基カード □登記事項証明書原本又はその写し □その他（　　）	郵送 □			

※確認書類に顔写真がない場合は２種類必要です。郵送の場合は上記確認書類の写しを同封してください。

提出先：〒783 - 8501　高知県南国市大埇甲 2301 番地
南国市役所　長寿支援課　TEL：088 - 880 - 6556