令和　　　年　　　月　　　日

　　白子町長　宛

　住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係

被保険者証等送付先変更願

　当該被保険者に対する( **□国民健康保険 ・ □介護保険 ・ □後期高齢者医療保険** )の被保険者証等については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

　なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名（カナ） | （　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | Ｍ　・　Ｔ　・　Ｓ　　　　年　　　月　　　日 |
| 転送先 | 住所 | 〒　　　－ |
| 氏名（カナ） | （　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　　） |
| 被保険者との関係 | 本人・親族（　　　　　　　）・成年後見人・その他 |
| 送付先変更の理由 | |  |
| 送付先変更期間 | | 永年　　　・　　　令和　　　年　　　月まで |
| 転送書類 | | 被保険者証等　・　給付関係書類　・保険料（税）関係書類 |