奥多摩町 介護保険 ・ 後期高齢者医療 に関する送付物の送付先変更依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付先変更を希望する制度に○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  （奥多摩町介護保険） | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号  （後期高齢者医療） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 奥多摩町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼の内容 | □送付先変更　　　　　　　　□送付先変更の解除 |

（『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方はご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 理由  （具体的にご記入ください） |  |
| 送付先変更期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日 |
| 送付先 | 〒　　　 －  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　方  電話番号　　　　 　　　　（　　　 　） |
| フ リ ガ ナ |  |
| 送付先宛名 | 被保険者との関係（　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 奥多摩町長　殿  東京都後期高齢者医療広域連合長　殿  　　　　年　　　月　　　日  奥多摩町介護保険ならびに後期高齢者医療制度に関する送付物の送付先について、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。    依頼者　　　　氏　　名    住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　 　 （　 　 　） |