送付先変更申請書

雫石町長　様
（岩手県後期高齢者医療広域連合長　様）

次の制度にかかる送付先の変更を申請します。

制度の種類（☑をつけてください。）　□介護保険　□後期高齢者医療保険

		申請年月日	令和　年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒　電話番号		

被保険者	被保険者番号（介護保険）		被保険者番号（後期高齢者医療保険）	
	フリガナ		生年月日	大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒　電話番号		
新しい送付先	フリガナ		本人との関係	
	氏　名			
	住　所	〒　電話番号		
送付先変更理由				
送付先変更期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			

雫石町使用欄

介護受付	介護処理	後期受付	後期処理
			標準システム
			ADWORLD
			INSIDE