

## 送付先変更届

フリガナ		保険者番号		2	9	4	2	5	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 奈良県北葛城郡王寺町 電話番号								
送付先	〒 様 電話番号 (続柄: 様方)								
送付先変更するものに ついて下さい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受給者管理 (更新申請など)</li> <li>・ 納付管理 (保険料など)</li> <li>・ 給付実績管理 (サービス給付に関わるものなど)</li> </ul>								
送付先変更理由									
<p>王寺町長 様</p> <p>上記のとおり送付先の変更の申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 (続柄: )</p>									

※ 被保険者からの続柄を記載してください。

送付先の変更によるトラブル等については、申請者にて対応することについて同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名

---

証 確 認	交付・窓口・郵送 ( / )	担当者
	<記入した人の確認> 書類名:	