介　護　保　険
後期高齢者医療　関係書類等送付先変更届

令和　　年　　月　　日

みなかみ町長　様
群馬県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者 住所

氏名　　印
対象者との続柄（　　）
電話　　（　　）

下記の者にかかる関係書類についての送付先を次のとおり変更したいので届出します。
（※　郵便局の転送届を同時に出されることをお勧めします。
一年間に限り有効なので、毎年郵便局への届出が必要です。）

対象者	被保険者番号	介護	
		後期	
	（フリガナ） 氏名		
	生年月日		明・大・昭　　年　　月　　日
	性　別		男・女

送 付 先	〒 □申請者に同じ
宛　名	（※○○様方△△様と表記されます。） 対象者との続柄（　　）
電話番号	（　　）
特記事項	