

郵送物送付先(変更・変更解除)依頼書

かつらぎ町長 様

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者(納税義務者・被保険者)

住 所

ふりがな

氏 名

㊞

生年月日 明治 / 大正 / 昭和 / 平成 年 月 日

電話番号 ()

私宛の郵送物について、下記送付先への変更・変更解除を依頼します。

記

送 付 先	住 所	〒
	氏 名	様方(続柄:)
	電 話 番 号	()
対 象 郵 送 物	すべて・税務課・健康推進課 (国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険)	
	すべて・資格関係書類・給付関係書類・賦課関係書類・収納関係書類	
期 間	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日	
申 請 理 由		
備 考		
上記依頼に同意します。 年 月 日 送付先氏名 ㊞		
私宛の郵便物について、上記の通り送付先変更を依頼していましたが、送付先変更の解除を依頼します。 年 月 日 氏名 ㊞		

※事務処理欄【個人CD: 町内会(CD): ()被保険者番号: 】