送付先（ 変更 ・ 廃止 ）申請書　兼　誓約書

※変更・廃止のいずれかに〇をしてください

令和　　年　　月　　日

（あて先）　志賀町長
石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・下記の項目に係る書類（通知書、保険証等）の送付先を変更すること、または現在適用されている送付先を廃止し、住所へ戻すことを申請します。

・なお、変更申請の場合にあって、成年後見人等の解任等により、送付先に異動が生じた場合や、送付先の変更が必要でなくなった場合は速やかに届出いたします。

・この送付先変更に関する事項は、対象者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に関する責任は、私が負うことに同意し、志賀町及び広域連合にご迷惑をかけることなく、受け取った書類（通知書、保険証等）について、適正に管理することを誓約します。

申請する項目に☑

☐ 介護保険　　☐ 後期高齢者医療保険　　☐ その他（　　）

対象者

フリガナ	
氏　名	
生年月日	大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日
住　所	〒

郵送を希望する送付先

☐申請者と同じ

フリガナ	
氏　名	
住　所	〒
申請理由	