

# 送付先変更届出書

年 月 日

宇城市長 様

「 住 所  
届 氏 名  
出 電 話 番 号  
人  
」 本人との関係 ( )

次のとおり、( 重度心身障がい者医療 こども医療) に関する書類等の送付先  
を変更されますよう届け出ます。

対象者 (本人)	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	被保険者番号	
送付先	住 所	<input type="checkbox"/> 〒 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ(以下記入不要)
	宛 名	
	電 話 番 号	
	本人との関係	
変更の理由	1 施設等への入所 2 郵便物の管理をしている 3 その他 ( )	

※注意：送付先を変更・廃止する場合には、再度ご提出ください。

入力担当者	入力日
	年 月 日