**指 定 送 付 先 依 頼 書**

彦根市　高齢福祉推進課長　様

　被保険者　　　　　　　　　　に関する彦根市高齢福祉推進課からの郵送物について、住民票記載住所地では受け取ることができませんので、下記の住所地へ送付をお願いします。

|  |
| --- |
| **指　定　送　付　先**  **〒　　　　－　　　　　　　　（マンション・アパート・部屋番号等も必ずお書きください。）**  **（住　　所）**  **（ふりがな）　　　　　　　　　　　　（ふりがなも必ずお書きください。）**  **（宛　　名）　　　　　　　　　　　　（続　柄）**  **（電話番号）　　　　　―　　　　―**  　　備　考（変更理由等） |

被保険者番号：　　１０００

住民票記載住所地：

被保険者氏名：

令和　　　年　　　月　　　日

申　請　者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※処理欄 | ※ | ※ |