

送付先変更解除申請書

年 月 日

琴平町長 殿

下記のとおり、送付先変更の解除を申請します。

届出者氏名		被保険者 との続柄	
届出者住所			

被保険者番号				
被 保 険 者	氏 名			
	住 所	香川県仲多度郡琴平町		
	生年月日	<small>明治 大正 昭和</small> 年 月 日	電話番号	
現 在 の 変 更 先	住 所	〒		
	宛 名			
	電話番号			
送付先変更 を解除する 理 由	<input type="checkbox"/> 成年後見が終了・変更したため <input type="checkbox"/> 特別な事情に該当しなくなったため <input type="checkbox"/> その他 ()			

※送付先変更を解除した場合は、住所地に送付されます。