## Mme, Mlle, M. [Prénom et Nom]

[Adresse]

[Code Postal] [Ville]

# Caisse Primaire d’Assurance Maladie

[Adresse]

[Code Postal] [Ville]

[Ville], le [Date].

*Objet : Changement d’adresse.*

*Numéro de Sécurité Sociale : …………………………….*

Madame, Monsieur,

Nous vous informons par la présente de notre déménagement et vous transmettons de ce fait nos nouvelles coordonnées à compter du [Date] :

## Mme, Mlle, M. [Prénom et Nom]

[Adresse]

[Code Postal] [Ville]

Nous vous remercions de bien vouloir effectuer les mises à jour de notre dossier et trouverez en pièce jointe la copie de notre attestation de notre Carte Vitale.

Nous restons bien sûr à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos salutations les meilleures.

[Prénom et Nom]