**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 / Transfert de Caisse.*

*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 transférer notre dossier de notre ancienne Caisse Primaire d’Assurance Maladie et vous transmettons de ce fait les documents demandés :

* - 1 copie d’attestation de carte Vitale
* - 1 RIB
* - 1 fiche de situation

Nous restons bien sûr à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l’expression de nos salutations les meilleures.

[Prénom et Nom]