[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 11/11/2026

Demande de transfert de mon dossier après déménagement

Madame, Monsieur,

À la suite de mon déménagement, je réside désormais à [nouvelle adresse], dans un département relevant de votre caisse, et je souhaite que mon dossier d'assuré y soit rattaché.
J'étais jusqu'à présent affilié à la caisse primaire d'assurance maladie de [ancien département], sous le numéro de sécurité sociale [numéro]. Mon changement de domicile justifie le transfert de mon dossier vers votre caisse.
Je vous remercie de bien vouloir procéder au rattachement de mon dossier à votre caisse et de mettre à jour mon adresse, afin que mes remboursements et mes courriers continuent de me parvenir sans interruption. Je joins à la présente un justificatif de mon nouveau domicile.
Si certaines démarches doivent être effectuées de mon côté, ou si une mise à jour de ma carte Vitale est nécessaire à la suite de ce transfert, je vous remercie de me l'indiquer afin que je puisse y procéder rapidement.
Je souhaite m'assurer que ce changement n'entraînera aucune rupture dans la prise en charge de mes frais de santé, ni dans le versement d'éventuelles prestations en cours, et je reste particulièrement attentif à la bonne continuité de l'ensemble de mes droits.
Je me tiens à votre disposition pour tout justificatif complémentaire et vous remercie par avance de votre diligence dans le traitement de ce transfert. Je souhaite que ce changement administratif se fasse de la manière la plus fluide possible, sans que j'aie à effectuer de démarches redondantes, et je reste attentif à recevoir la confirmation de la prise en charge de mon dossier par votre caisse.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature