

[Inicio](#) > Cambio de domicilio en Tarjeta Sanitaria

Solicitud de **cambio de domicilio en Tarjeta Sanitaria**, siempre que no suponga cambio de Centro.

Nº Tarjeta Sanitaria *

Por favor, introduzca el número de tarjeta sanitaria del usuario

N.I.F.

Por favor, introduzca el NIF del usuario

Nombre *

Por favor, introduzca el nombre del usuario

Apellidos *

Por favor, introduzca los apellidos del usuario

Nuevo domicilio, tipo de vía (calle, avenida,...) *

Por favor, introduzca el tipo de vía (calle, avenida,...) del nuevo domicilio del usuario

Nuevo nombre de la vía *

Por favor, introduzca el nombre de vía del nuevo domicilio del usuario

Número *

Por favor, introduzca el número del nuevo domicilio del usuario

Información adicional (piso, puerta, etc.)

Por favor, introduzca información adicional del nuevo domicilio del usuario

Código Postal *

Por favor, introduzca el código postal del nuevo domicilio del usuario

Localidad * - Seleccionar -

Por favor, seleccione la localidad del nuevo domicilio del usuario

Teléfono

Por favor, introduzca el número de teléfono del usuario

Source URL: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/que-desea-realizar/tsi-cambio-de-informacion-del-domicilio>