

常務理事	業務部長	課長	係長	係員

健康保険 任意継続被保険者 住所・氏名・電話番号 変更届

下記のとおり届出ます。

平成 年 月 日

健康保険証 記号・番号	(記号) 8888	(番号)	
被保険者氏名	Ⓜ	生年月日	昭和・平成 年 月 日

※番号は、保険証に記載してあります。

※押印について、ご本人が署名(自筆)した場合は省略できます。

1. 住所が変更になったとき

新住所	〒 : : : - : : : (電話番号 - -)
	(携帯番号 - -)
旧住所	〒 : : : - : : : (電話番号 - -)

2. 氏名が変更になったとき

氏名変更の方の保険証を添付して下さい。

また、高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、そちらも合わせて添付してください。

氏 名		生 年 月 日	続 柄
変更後	変更前		
フリガナ()		昭和・平成 年 月 日	
フリガナ()		昭和・平成 年 月 日	
フリガナ()		昭和・平成 年 月 日	
フリガナ()		昭和・平成 年 月 日	

《窓口にて氏名変更届を提出される方へ》

- ・申請者本人の顔写真がわかる公的証明書(運転免許証やパスポートなど)をご提示ください。
- ・申請者本人以外が届出を行う場合、窓口で保険証の交付ができない場合があります。事前に当組合にご確認ください。

受付日付印

3. 電話番号が変更になったとき

新 電話番号	旧 電話番号
- -	- -