

健康保険 任意継続被保険者 住所変更届

届出	令和 年 月 日			※ 住所を変更したときは、この届出を速やかに健康保険組合へご提出ください。	
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏名	フリガナ	
	記 号	番 号			
			生年月日	昭和 年 月 日 平成	

変更後の住所	自宅電話番号	携帯電話番号
〒 -	() -	() -

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
		① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

(注意事項)

1. 自宅電話番号および携帯電話番号は、変更がない場合でも必ずご記入ください。
2. 被保険者証裏面の住所欄は、被保険者本人が記入・訂正を行ってください。
3. 被保険者証やその他の添付書類は必要ありません。

健 保 組 合	伺			決定年月日			入力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

受付印