

任意継続被保険者用

記入例

健康保険任意継続 被保険者 住所変更届
被扶養者

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	
記号 5001	番号 56789	健 保 太 郎	
生年月日		変更年月日	
昭和・平成 50 年 1 月 2 日		令和 3 年 4 月 10 日	

住所変更する方 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(該当者を以下に記入) <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄
	健 保 花 子	妻		
	健 保 一 郎	長男		
変更後の住所	フリガナ トウキョウト 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1丁目 〇〇マンション102号室 電話 090 (1234) 5678			
	〒123-7890 東京都△△区△△3丁目△△番地△△号 電話 090 (1234) 5678			
変更前の住所				

【注意事項】

- 変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- 変更後の住所の郵便番号は必ず記入してください。
- 被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
- 被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。□
- この届出は「保険給付および特定健診・特定保健指導」の目的以外では使用いたしません。□

※組合
記入欄

月納・前納

受付年月日

上記のとおり届出いたします。

令和 年 月 日

被保険者住所： 東京都〇〇区〇〇1丁目
〇〇マンション102号室

被保険者氏名： 健 保 太 郎

被保険者電話： 090 (1234) 5678