

				係員

健康保険 任意継続被保険者 住所変更届

任意継続 被保険者等の	① 記号	② 番号	
	901		
③ 氏名	(フリガナ)	④ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑤ 変更後の 住所	住民票住所	<input type="checkbox"/> 変更あり (〒 -) <input type="checkbox"/> 変更なし 都道府県	
	居所 (送付先住所)	<input type="checkbox"/> 変更あり (〒 -) ※上記の住民票住所と同じ場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 変更なし 都道府県	
電話番号	⑥ 自宅	⑦ 携帯電話	
	()	()	
⑧ 変更年月日 (居住開始日)	令和 年 月 日		
【備考】			

- ◎ 任意継続被保険者が住所を変更したときは、この届出を5日以内にご提出ください。
- ◎ 同じ住所で登録されている被扶養者の方は、自動的に変更されます。

(注意事項)

1. ⑥、⑦ の電話番号は変更がない場合でも必ずご記入ください。
 2. ⑧ 変更年月日は、実際に居住を開始した日付を記入してください。
 3. 添付書類は必要ありません。
- * 資格確認書をお持ちの方は、裏面の住所欄について被保険者本人が 記入・訂正を行ってください。

受付日付印

【送付先及び問い合わせ先】

〒169-8516 東京都新宿区百人町2-27-6
関東ITソフトウェア健康保険組合 適用二課
TEL.03-5925-5306