

常務理事	事務局長	部長	課長	課長代理	係長	主任	係員

## 健康保険 任意継続被保険者 住所変更届

被保険者証の	① 記号	② 番号
	<b>901</b>	
③ 氏名	(フリガナ) ..... 印	④ 生年月日 □ 昭和 □ 平成 年 月 日
⑤ 変更後の住所	郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>	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)	平成・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。
- 被保険者の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

**（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. 被保険者証やその他の添付書類は必要ありません。  
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。

~~~~~  
受付日付印

【提出先及び問い合わせ先】  
 関東ITソフトウェア健康保険組合 適用二課  
 〒169-8516  
 東京都新宿区百人町2-27-6  
 TEL.03-5925-5306