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 901	②　番 号		
③ 氏　名	（フリガナ）		④ 生年月日	□ 昭和　□ 平成 年　月　日
⑤ 変更後の 住　所	郵便番号 □□□ － □□□□	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。

（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

【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

関東ITソフトウェア健康保険組合（令和3年2月改）