

任意継続者用

住所・給付金等振込先変更届

常務理事	事務長	係

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
	9		被保険者 氏名	㊞

※該当する□に✓を入れてください。

□住所変更…住所を下記のとおり変更しましたので届けます。

住所に変更があった方

被保険者(本人) 被保険者(本人)と被扶養者 被扶養者のみ

新住所	〒 ー		
電話番号	自宅 ー ー	携帯	ー ー
変更年月日	平成 年 月 日		

◆上記で「被保険者と被扶養者」及び「被扶養者のみ」に✓を入れた方は被扶養者名を記入してください。

※続柄はお子様の場合、長男・二男・長女・二女等、出生順の続柄をご記入ください。

フリガナ		続柄※	
被扶養者氏名①			
フリガナ		続柄※	
被扶養者氏名②			
フリガナ		続柄※	
被扶養者氏名③			
フリガナ		続柄※	
被扶養者氏名④			

住所変更事由	<input type="checkbox"/> 引越し <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他()
--------	---

□健保給付金振込先変更…給付金等の振込先(口座)を下記のとおり変更願います。

フリガナ		フリガナ	
銀行名		本・支店名	本店 支店 出張所
口座番号	普通・当座	NO	
変更年月日	平成 年 月 日		

大阪読売健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

【健保受付】

※住所を変更された事由により健康保険組合にて別居と判断された場合は、被保険者からの仕送りにより被扶養者が生計を維持していることの確認をさせていただきます。