

# 任意継続被保険者 各種変更届

健保 使用 欄	常務理事	事務長		担当

東和薬品健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者の 記号・番号	記号		番号	
氏名				
変更年月日				

変更項目に○をして必要事項を記入してください。

	(フリガナ)	変更 後		変更 前	
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号	自宅	( )		
		携帯	( )		
	給付金等振込先	銀行 信用金庫			本店 支店
		普通 当座	口座番号		口座名義(カナ)

※届出内容を変更した場合は必ず健保組合にご提出ください。

送付先: 〒532-0003 大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F

東和薬品健康保険組合

電話番号: 06-6151-5415

受付日付印

**【氏名を変更（訂正）する場合】**

「資格確認書」の記載内容に変更が必要な場合は、  
本人確認書類（運転免許証の写し、住民票等）、  
「資格確認書交付申請書」、旧氏名が記載された  
「資格確認書」を添付してください。  
また、高齢受給者証、限度額認定証の交付を受けている  
場合は、それらもあわせて添付してください。