# 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者等の記号・番号 | 記号 | | 番号 | |
| 氏名 | | | | |
| 変更年月日 | | | | |

変更項目に〇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<br>信用金庫 | | | 本店<br>支店 |
| | | 普通<br>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。

2025.12.4