

# 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 **6** 年 **12** 月 **22** 日

被保険者の 記号・番号	記号	<b>〇〇</b>	番号	<b>〇〇〇</b>
氏名	<b>健保 太郎</b>			
変更年月日	<b>令和 6年 12 月 20 日</b>			

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		
<input checked="" type="radio"/>	住所	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇</b>	
	電話番号	自宅	( )
		携帯	( )
	給付金等振込先	銀行 信用金庫	
		普通 当座	口座番号
			本店 支店

※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。