

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 **1** 年 **5** 月 **12** 日

被保険者の 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇
氏名	健保 太郎			
変更年月日	令和 1 年 5 月 10 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		
<input checked="" type="radio"/>	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇	
	電話番号	自宅	()
		携帯	()
	給付金等振込先	銀行 本店 信用金庫 支店	
		普通当座	口座番号

※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】

本人確認書類（運転免許証の写し、住民票等）と、被保険者証を添付してください。（被扶養者分含む）
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。