

健康保険 任意継続被保険者 連絡先・住所変更届

(記入日) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者等	(記号) 1 0 0	(番号) 〇〇〇〇〇
被保険者氏名	健保 太郎	

下記のとおり変更いたします。

変更年月日： 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から ※変更箇所のみご記入願います。

被 保 険 者	変更後の 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ☒ 住民票 東京都〇〇区〇〇1 2 3 4-1 2 ☒ 居所
	電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

被 扶 養 者 1	氏 名	健保 花子
	変更後の 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ☒ 住民票 東京都〇〇区〇〇1 2 3 4-1 2 ☒ 居所

被 扶 養 者 2	氏 名	健保 一郎
	変更後の 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ☐ 住民票 大阪府〇〇区〇〇5 6-7 8 ☒ 居所 ロウキンコーポ1 0 1号室

被 扶 養 者 3	氏 名	
	変更後の 住所	〒 _____ ☐ 住民票 ☐ 居所

(提出先・お問い合わせ先)

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20

第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合

業務部 Tel 03(5217)3162

受付印