

# 任意継続専用

常務理事	事務長		担当

## 健康保険 任意継続 被保険者 被扶養者 氏名変更 ・ 住所変更届

この届けは、変更があった日から5日以内にワルケー健康へ提出してください。

氏名変更のときは、変更の方の人数分の届を作成いただき、保険証を添付して提出ください。なお、**被保険者ご本人が氏名変更する場合はご本人の保険証と被扶養者全員の保険証を添付**、被扶養者が氏名変更する場合はその方の保険証のみ添付ください。保険証を紛失して添付できないときは、「被保険者証 紛失届」を添付ください。

住所変更のみの場合は、被保険者の方の届のみを作成ください。提出時に保険証を添付いただく必要はありません。

被保険者証の		被保険者氏名	変更があった対象者	変更理由	変更年月日
記号		印	被保険者		年 月 日
番号			被扶養者 続柄： )		
		日中連絡が取れる お電話番号	- -		

氏名変更記入欄 住所のみ変更の場合、記入不要)

変更後	変更前
フリガナ	フリガナ

住所変更記入欄 氏名のみ変更の場合、記入不要)

変更後	変更前
〒	〒
自宅電話番号	携帯電話番号
- -	- -

本書に記入していただいた個人情報は適切に取り扱い、目的外には使用いたしません。

受付日付印