

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 住所変更届

※以下の太枠をご記入いただき、変更があった日から5日以内にリクルート健保、任意継続担当へ提出してください。  
※今まで同居していた被扶養者が別居した場合は、直近1か月の送金証明(振込又は書留の控えのコピー)を添付してください。  
※保険証を添付いただく必要はございません。保険証裏面の住所欄はご自身で記入・訂正をお願いいたします。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)						
	被保険者の 氏名と印			印	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日 生まれ
	被保険者の 住所・電話	〒							日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )

変 更 を 申 請 す る 該 当 者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	変更日	平成 令和	年	月	日
	変更後住所	<input type="checkbox"/> 変更後の住所が被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒										
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	変更日	平成 令和	年	月	日
	変更後住所	<input type="checkbox"/> 変更後の住所が被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒										
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	変更日	平成 令和	年	月	日
	変更後住所	<input type="checkbox"/> 変更後の住所が被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒										

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

受付日付