

常務理事	事務長	担当

まずはこちらをお読みください。

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 99	番号 1234 (枝番) 01
	被保険者の 氏名と印	健保 太郎	生年月日 1. 昭和 49年 8月 7日 生まれ 2. 平成 3. 令和
	被保険者の 住所・電話	〒 106-0001 東京都品川区南品川1-2-3	日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (1234) 5678

変 更 を 申 請 す る 該 当 者	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 54年 3月 2日	変更日	平成 令和 3年 2月 1日
	変更後住所	<input checked="" 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	健保 一郎	生年月日	昭和 平成 令和 14年 5月 6日	変更日	平成 令和 3年 2月 1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。 〒 530-8240 大阪府大阪市北区梅田1-2-3 グランオオサカ405					
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