

秘密

任意継続被保険者 氏名及び住所変更届

被保険者証の番号4桁を記載してください。
また、被保険者証の交換が必要な場合は、添付欄を必ず点チェックしてください。

①は必ず記載してください。

①	記号	8	0	0	1	番号	1	2	3	4	被保険者証の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族
---	----	---	---	---	---	----	----------	----------	----------	----------	----------	---	------	--

②の届出の場合、本人の氏名が変更になったときは、家族も含めたすべての被保険者証を添付してください。

家族の氏名だけが変更になったときは、その家族分のみの被保険者証を添付してください。

②	本人	フリガナ	ニンケイ ハナコ	変更理由等	<input type="checkbox"/> 結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚
		変更後の氏名	任 継 花 子		<input type="checkbox"/> その他理由
		変更前の氏名	横 浜 花 子		変更年月日 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇 日
	家族	フリガナ	ニンケイ タロウ	変更理由等	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚
変更後の氏名		任 継 太 郎	<input type="checkbox"/> その他理由		
変更前の氏名		横 浜 太 郎	変更年月日 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇 日		
家族	フリガナ		変更理由等	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚	
	変更後の氏名			<input type="checkbox"/> その他理由	
	変更前の氏名			変更年月日 平・令 年 月 日	
家族	フリガナ		変更理由等	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚	
	変更後の氏名			<input type="checkbox"/> その他理由	
	変更前の氏名			変更年月日 平・令 年 月 日	

③の届出の場合、住民票(原本)を添付してください。

③	住所変更欄	変更後の住所	〒	変更理由等	<input type="checkbox"/> 転居
		変更前の住所	〒		<input type="checkbox"/> その他理由
					変更年月日 平・令 年 月 日

上記のとおりお届けいたします。

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

年 月 日提出

受付日付印

氏 名 **任 継 花 子** (印)

電話番号 **〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇**