

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。
被保険者証の添付は必要ありません。

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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	有の場合	<input type="checkbox"/> 本人 <input 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、家族分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、その家族分のみ被保険者証を添付してください。

②	本人	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
	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

必ず住民票1通(コピーでも可・3か月以内に発行したもの)を添付してください。

③の届出の場合、住民票1通(コピーでも可・3か月以内に発行したもの)を添付してください。

③	住所変更欄	変更後の住所	〒 000-0000 横浜市〇〇区〇〇町	変更理由等	<input type="checkbox"/> 転居
		変更前の住所	〒 000-0000 横浜市〇〇区〇〇町		<input type="checkbox"/> その他理由
					変更年月日 平・令 〇〇年〇〇月 〇日
					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 **000 (000) 0000**