

常務理事	事務長	係	係

## 健康保険 任意継続被保険者 住所変更届

記号・番号	記号	番号		
	<b>999</b>			
氏名 (自著)	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
変更後の住所	〒		都 道 府 県	年 月 日
電話番号	自 宅		携帯電話	
	(      )		(      )	
変更年月日	令和	年	月	日
【備考】				

◎ 任意継続被保険者が住所を変更したときは、この届出を5日以内にご提出ください。

(注意事項)

1. 変更年月日は、実際に居住を開始した日付を記入してください。
2. 添付書類は必要ありません。

**【提出先】**

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町1-3 東京ガーデンテラス紀尾井町 紀尾井タワー23階

Y G健康保険組合

TEL 03 ( 3511 ) 8201

/      受付日付印      \