

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

被保険者証の	記号	番号		
	999			
氏名 (自著)	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
変更後の住所	〒 都道 府県			
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. 被保険者証やその他の添付書類は必要ありません。

被保険者証裏面の住所欄は、被保険者本人が記入・訂正を行ってください。

【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