

直接入力用の場合、生年月日の元号と  (保険料の納付方法) の欄は、プルダウンメニューから選択できます。

T07-2

経済産業関係法人健康保険組合  
健康保険 任意継続被保険者 諸変更(訂正)届

被 保 険 者 情 報	記号	9999	フリガナ	ケイゾク タロウ
	番号	5678	氏名	継続 太郎
	生年月日	昭和・平成	49 年 11 月 1 日 (47 歳)	
	備考	被保険者の氏名を変更する場合は、変更後の氏名をご記入ください。		

◆ 次の 1・2 を変更する場合は、変更前と変更後の内容をご記入ください。

共通	変更年月日	令和 4 年 1 月 1 日			
	区分	変更後		変更前	
1	住所	〒 248-0000 神奈川県 鎌倉市 9-9-9		〒 150-0000 東京都 渋谷区 1-1-1 ●●マンション 101号室	
2	フリガナ	ケイゾク	タロウ	ケンポ	タロウ
	氏名	継続	太郎	健保	太郎
	その他 (性別・続柄等)				
	変更事由	婚姻			
	注意事項	① 変更したことがわかる公的証明書類を添付してください。 ② 被保険者の氏名を変更する場合は、3 の「保険給付金の振込先」もご記入ください。			

◆ 次の 3～5 を変更する場合は、変更後の内容をご記入ください。

3	保険給付金の振込先	金融機関名	店名		口座番号
		●●ネット銀行	●●●支店	普通	0987654
口座名義は被保険者氏名に限る。被保険者の氏名変更を伴う場合は変更後の氏名を口座名義とする。					
4	保険料の納付方法	希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			
		① 納付単位	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 6か月前納	<input type="checkbox"/> 12か月前納
		② 変更開始月	<input type="checkbox"/> 資格取得月の翌月分	<input type="checkbox"/> 10月分(後期分)	<input checked="" type="checkbox"/> 翌年度4月分
5	連絡先	自宅TEL	0467-99-9999		
		携帯TEL	090-9999-9999		
		メールアドレス	taro@keizoku.ne.jp		
受付日付印					