

健 保 使 用 欄	常務理事	事務局長	課 長		担当者

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		
	番 号		氏 名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
	備 考				

◆ 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 年 月 日			
区 分		変 更 後		変 更 前	
1	住 所	〒		〒	
2	フリガナ				
	氏 名				
	その 他 (性別・続柄等)				
	変更事由				
	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					
			支店	普通						
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 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 翌月分から	・	<input type="checkbox"/>	10月分から (後期分)	・	<input type="checkbox"/>	翌年度 4月分から
5	連 絡 先	自宅TEL								
		携帯TEL								
		メールアドレス								

受付日付印