（申請者⇒健保）

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

大京健康保険組合理事長　殿

健康保険 任意継続被保険者 各種変更届

下記のとおり申し出ます。

健康保険証 記号・番号	記号	900	番号		提出日	令和　　年　　月　　日
被保険者 氏名					生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
被保険者 住所	（〒　　－　　）					
被保険者 電話番号	－　　－ （日中に連絡が取れる番号）				変更年月日	令和　　年　　月　　日
変更理由	１．転居　　２．結婚　　３．離婚　　４．その他（　　）					

◆該当する変更項目に〇つけ、変更前と変更後に記入をしてください。

変更項目	変 更 前	変 更 後
住所変更	（〒　　－　　） （電話番号　　－　　－　　）	（〒　　－　　） （電話番号　　－　　－　　）
	※住所変更の場合、住民票のコピーを添付してください。	
氏名変更	フリガナ 氏　名	フリガナ 氏　名
	※変更後の氏名が確認できる書類（住民票等のコピー）を添付し、お持ちの健康保険証を返納してください。	
銀行口座変更	銀行・信用金庫 支店・出張所 普通・当座 口座番号 □□□□□□□	銀行・信用金庫 支店・出張所 普通・当座 口座番号 □□□□□□□

【注意事項】

・申出者は原則、被保険者本人となります。

＜健保処理欄＞　　〔受付日付印〕

健 保 処 理 日	令和　　年　　月　　日