

任継・特退用

- 被保険者住所等変更届
健保給付金等振込先変更届

E

担当

(該当の口に✓を記入してください)

| | | | | |
|------------------|----|-----|------|--------------|
| 被 保 険 者 | 記号 | 番 号 | フリガナ | |
| | | | 氏名 | |
| | | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 |

住所等変更届

被保険者(本人)の住所等を次のとおり変更しましたのでお届けします。

| | | |
|-------|---|--------|
| | 新 住 所 | 旧 住 所 |
| 住 所 | 〒 — | 〒 — |
| 電話番号 | 自宅 — — | 携帯 — — |
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 添付書類 | 新住所を確認できる公的書類「運転免許証」または「住民票」等のコピーを必ず添えてご提出ください。 | |

健保給付金・還付金振込先変更届

給付金・還付金の振込先(口座)を次のとおり変更を依頼します。

| 金 融 機 関 (ゆうちょ銀行を除く) | | | | ゆう ち ょ 銀 行 | | | | | | | | | |
|---------------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|---------|-----|---|---|---|---|--|
| 金融機関コード | | | | 支店コード | | | | コード | 9 | 9 | 0 | 0 | |
| 指 定 口 座 | <input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 組 合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 | | | <input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張署 | | | 店名(漢数字) | | | | | | |
| | 預 金 種 目 (必ずご記入ください) | 口 座 番 号 (右からつめてご記入ください) | | 店 番 (3桁) | | 口 座 番 号 (右からつめてご記入ください) | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普 通 (総合口座含) <input type="checkbox"/> 当 座 | | | | | 普通預金 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 (自 署) | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

<ご注意>

- ※ 一般の金融機関(左)か、ゆうちょ銀行(右)か、どちらか1つをご指定ください。
- ※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・口座番号をご指定ください。(通常の口座番号とは異なります)
- ※ 保険料の引落口座を変更される場合は、健保へ電話連絡をお願いします。(別途手続きが必要です)

令和 年 月 日提出

健保受付印