

健康保険 任意継続被保険者 住所・加入者情報（変更・訂正）届

産業機械健康保険組合 宛

※届出する下記項目に○をしてください。

以下のとおり、住所・加入者情報の変更・訂正を届出します。

令和 年 月 日提出

業務部長	適用課長	扱者

受付日

被 保 険 者 欄	記号・番号	1	0	0	0	—								
	氏名	(フリガナ)												
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成												

【住所の変更】 扶養家族がいる場合は、右記該当項目に☑してください。 本人と家族の変更 本人のみ 家族のみ

●変更する住所の①住民票住所と②居住住所（納入告知書送付先）が異なる場合は、②居住住所欄もご記入ください。

●「家族のみ」の居住住所変更の場合は、届出不要です。住民票住所が変わった場合のみ届出が必要となります。

●電話番号に変更がない場合も電話番号をご記入ください。

対 象 者 欄	氏名	(フリガナ)						続柄	
	変更対象 (家族)	上記対象者と同じく住所変更する家族の氏名（対象者すべて）をご記入ください。 氏名：							
住 所	① 住民票 住所	(フリガナ)							
	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-		
	② 居住住所 (納入告知書送付先)	(フリガナ)							
	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-		

【本人・家族の加入者情報の変更・訂正】

●氏名・氏名カナ・生年月日・性別の加入者情報を変更・訂正する場合はご記入ください。

加 入 者 情 報	訂正前	対象者氏名	(フリガナ)						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						続柄	
訂正後		対象者氏名	(フリガナ)						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						続柄	