

# 任意継続被保険者登録内容変更届

常務理事	事務長	課長	係

記号	番号	被保険者氏名	生	年	月	日
4199			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日

届出の種類 (該当事項に✓で選択)	事項	変更前		変更後	
		(フリガナ)	(氏)	(フリガナ)	(氏)
<input type="checkbox"/>	氏名変更	(フリガナ)	(氏)	(フリガナ)	(氏)
<input type="checkbox"/>	生年月日訂正	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
<input type="checkbox"/>	住所変更	〒 (フリガナ)	—	〒 (フリガナ)	—
<input type="checkbox"/>	電話番号変更	—	—	—	—

- \* 氏名の変更の場合は、被保険者証も一緒に提出してください。変更のうえ再交付します。
- \* 被扶養者の方の氏名が変更となる場合は別に手続きが必要となります。組合までご連絡ください。

受付日付印