

健康保險被保險者 氏名麥更臣

住所変更届

口座变更届

常務理事	事務長		係

下記のとおり届出いたします。

被 保 險 者	記号 番号		氏名	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男		
		—												
	変更内容		新氏名	フリガナ		理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 異居 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 口座													
	※1	〒	—											
	住民票 住所													
	※2	〒	—	<input type="checkbox"/> 同上										
	居所 (現住所)													
	TEL : — — —													
	口座	1. 金融機関口座											<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 本人名義	
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合											<input type="checkbox"/> 口座番号 (右詰め)			
											本・支店			
2. ゆうちょ銀行口座											<input type="checkbox"/> 通帳記号番号 (5桁)	<input type="checkbox"/> 通帳番号 (8桁)		
											<input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> 1		

添付書類	<p>※住民票写し（住所変更時） ※資格確認書（返却いただいたてからの発行となります） (氏名変更時)</p>	資格確認書要否
		<p>✓してください <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 5年</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 否 (マイナあり)</p>

※要の場合、マイナ保険証へ切り替えの意志がある方は2ヶ月、切り替えを希望されない方は5年を以て下さい。

備考	<input type="checkbox"/> 電話番号のみ変更
----	-----------------------------------