

**【提出先】**

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40  
 サントリー大阪オフィス内  
 サントリー健康保険組合宛

**健康保険任意継続被保険者氏名変更届**

【和暦】 年 月 日 下記のとおり申請します。

保  
險  
証  
等  
を  
必  
ず  
添  
付  
し  
て  
く  
だ  
さ  
い

① 被保険者氏名 (変更後)	(フリガナ)			② 被保険者氏名 (変更前)	(フリガナ)		
	1899 —				[和暦] 年 月 日		
③ 健康保険 記号・番号	[和暦] 年 月 日			④ 変更年月日	* 男 ・ 女		
⑤ 生年月日	[和暦] 年 月 日			⑥ 性別	* 男 ・ 女		
	(フリガナ) * 銀行 支店 * 信用金庫				名義		
⑦ 健保給付金の 振込希望先 ※本人名義	銀行コード	店番		* 普通 ・ 当座	口座番号		
⑧ 変更後の連絡先	【和暦】 年 月 日 より						
	(住所) 〒						
	(自宅 TEL)						
(携帯 TEL)							

**【申請書記入上の注意】**

- ・ 太枠内を記入してください。
- ・ \* 印は該当するものを○で囲んでください。
- ・ ⑦の健保給付金とは「本人一部負担還元金」「家族療養付加金」等、健保組合から支給されるものです。
- ・ ※健保処理欄は記載しないでください。

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者