

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)
 サントリー健康保険組合 御中

健康保険任意継続被保険者氏名変更届

年 月 日 下記のとおり申請します。

保険証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) 印	② 被保険者氏名 (変更前)	(フリガナ)
③ 被保険者証 記号・番号	1899 ー	④ 変更年月日	年 月 日
⑤ 生年月日	* 昭和 年 月 日 * 平成	⑥ 性別	* 男 ・ 女
⑦ 健保給付金の 振込希望先 ※ゆうちょ銀行以外 ※本人名義	(フリガナ) * 銀行 * 信用金庫 銀行コード 店番 * 普通 ・ 当座	支店	名義 口座番号
⑧ 変更後の連絡先	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・押印してください。
- 被保険者の印は、被保険者(申請者)本人が自署する場合に限り押印を省略することができます。
- ・ * 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