

【提出先】

郵送の場合：〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー健康保険組合宛
 社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

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
險
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)			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 —			④ 変更年月日	年 月 日		
⑤ 生年月日	[和暦] 年 月 日			⑥ 性別	* 男 ・ 女		
⑦ 健保給付金の 振込希望先 ※本人名義	(フリガナ) * 銀行 支店			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	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