

## 任意継続被保険者 各種変更届

令和 年 月 日

PHC健康保険組合理事長殿

|           |   |
|-----------|---|
| 申請者氏名     |   |
| 被保険者記号・番号 | - |
| 変更年月日     |   |

変更項目に○をして必要事項を記入してください。

|  |                |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |    |    |    |  |
|--|----------------|-----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|----|----|----|--|
|  | (フリガナ)         | 変更後 |  |  |  |  | 変更前 |  |  |  |  |    |    |    |  |
|  | 氏名             |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |    |    |    |  |
|  | 住所             | 〒   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |    |    |    |  |
|  | 電話番号           |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |    |    |    |  |
|  | 給付金等振込<br>指定口座 | 銀行  |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 本店 | 普通 | 当座 |  |
|  |                | 支店  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |    |    |    |  |
|  |                | 番号  |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 名義 |    |    |  |

※届出内容を変更した場合必ず健保組合にご提出ください。

送付先：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5丁目21番14号バリューHRビル

PHC健康保険組合

電話番号：03-6380-5648

受付日付印

## 【氏名を変更（訂正）する場合】

被保険者証を添付してください。（被扶養者分含む）  
また、高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

|      |     |     |  |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |  |
|      |     |     |  |