

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 指定口座	銀行			本店 支店	普通・当座
		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23番15号A-PLACE代々木

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	