

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者各種変更届

下記のとおり、変更となりましたので変更届を提出します。

		令和		年	月	日	提出
被保険者等記号・番号	記号	99		生年月日	昭和 平成 令和		
	番号						
被保険者の氏名	フリガナ (自 署)						
変更年月日	令和 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 氏名	変更前											変更後																		
	被保険者の住所	〒																													
	被保険者の住民票住所	〒																													
	電話番号	自宅電話 ()										携帯電話 ()																			
	メールアドレス																														
	給付金等振込先 (被保険者名義のみ)	銀行 信金 信組																				本店 支店									
		預金種別	普通 当座	口座番号 (右詰め)															(フリガナ) 口座名義												
	保険料納付方法	1. 毎月										2. 半年分前納										3. 1年分前納									
		※前納については次回の前納期間半年分(4月もしくは10月)1年分(4月)からとなります。																													

※氏名を変更(訂正)する場合は被保険者証・資格確認書を添付してください。
高齢受給者証・限度額適用認定証・被扶養者分を含む。
被保険者証は令和7年12月1日までは添付が必要です。

受付日付印

【提出先】
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛

シミックグループ健康保険組合