

常務理事	事務長	担当者

スタンレー電気健康保険組合 理事長 殿

①. 氏 名  
 任意継続被保険者 ②. 住 所  
 ③. 電話番号等  
 ④. 納付方法または口座変更

## 変更届

令和 年 月 日 提出

記 号		番 号				被 保 険 者 氏 名	
	9 9						

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

※該当箇所を記入のうえ提出してください。(氏名変更の場合のみ保険証を添付)

① 氏名	変更後	(フリガナ)	
		(氏)	(名)
変更の理由			

② 住所	変更後	(フリガナ)	
		〒	—
	変更前	〒	—

③ 電話番号・E-mailの変更がある方

・自宅電話番号	—	—	・携帯番号	—	—
・E-Mail:					

④ 保険料納付方法 (変更前と変更後に○をつけてください)

変更前			変更後		
毎月払	半年払	一年払	毎月払	半年払	一年払

受取口座を変更するとき

金融機関名称	銀行・信用金庫				支店 本店			
	農協・信用組合				本所 支所			
預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号					

【 注意事項 】

- ・氏名変更の際は、必ず保険証を添付してください。
- ・住所変更に伴う保険証の再発行は致しません。保険証の裏面住所は各自にて修正願います。

※個人情報の保護について:この情報は健康保険組合の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

受付日付印

**【 提出先 】** 〒153-8636  
 東京都目黒区中目黒2-9-13  
 スタンレー電気健康保険組合  
 TEL 03-6866-2601 FAX 03-6366-2273

(令和4年1月1日改訂)