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

任意継続被保険者　①．氏　　名 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。

① 氏名	変更後	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
		(氏)	(名)
変更の理由			

② 住所	変更後	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
		〒　－
	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　**(変更前と変更後に〇をつけてください)**

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 農協 ・ 信用組合		支店　本店 本所　支所
預金種別	1．普通　2．当座	口座番号	

【　届出の際の注意事項　】

✾氏名変更の際、お手元に保険証がある方は添付してください。氏名変更後、『資格情報のお知らせ』を発行します。

✾住所変更に伴う保険証の裏面住所は、各自にて修正願います。(※お手元に保険証がある方のみ)

✾保険証発行廃止により、氏名変更・住所変更では新たな保険証の発行はありません。

※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7年2月1日改訂)