

常務理事	事務長	担当者

コムシスホールディングス健康保険組合 御中

任意継続被保険者 住所・連絡先 変更届

被保険者証の 記号・番号	—	生年月日	年 月
(フリガナ)			住所変更者
氏名			<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人と扶養者(全員) <input type="checkbox"/> 扶養者のみ 氏名：
変更年月日	年 月 日		
変更後の住所	〒 —		
変更後の連絡先	自宅 ( )	◆ 自宅・携帯番号 (E-メールアドレス) ご記入ください	
	携帯 ( )		
	E-mail @		

上記の通り変更(訂正)となりましたので届出します。

年 月 日

コムシスホールディングス健康保険組合

-----  
 受付印