

**被保険者 任意継続者**  
**住民票住所・銀行口座 変更届**

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

|                  |                     |                     |          |    |  |
|------------------|---------------------|---------------------|----------|----|--|
| 被保険者             |                     |                     |          |    |  |
| 記号               |                     | 番号                  |          | 氏名 |  |
| 住<br>所           | 変更年月日               |                     | 令和 年 月 日 |    |  |
|                  | 新                   | (フリガナ)              |          |    |  |
|                  |                     | 〒 ー<br>TEL          |          |    |  |
|                  | 旧                   | (フリガナ)              |          |    |  |
| 〒 ー<br>TEL       |                     |                     |          |    |  |
| 銀<br>行<br>口<br>座 | 変更年月日               |                     | 令和 年 月 日 |    |  |
|                  | 新                   | 銀行 支店 口座番号No. 普通・当座 |          |    |  |
|                  |                     | 預金口座氏名              |          |    |  |
| 旧                | 銀行 支店 口座番号No. 普通・当座 |                     |          |    |  |
|                  | 預金口座氏名              |                     |          |    |  |
| 提出日              |                     | 令和 年 月 日            |          |    |  |
| 申請者氏名 _____      |                     |                     |          |    |  |

■提出ルート：申請者→事業主（担当人事）→シナネン健保

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 事業主<br>証明 | 上記申請について相違ないことを証明いたします<br>住所 |
|           | 氏名                           |

|    |
|----|
| 受付 |
|----|