

健康保険任意継続被保険者(被扶養者)  
氏名・住所等変更届

常務理事	事務長	係長	担当者

被 保 険 者		(フリガナ)	
記号	番号		
		氏名	⑩

氏名等変更	被保険者	変更前	(フリガナ)	生年月日			
				昭和・平成	年	月	日
	被扶養者	変更前	(フリガナ)	性別	生年月日		続柄
				男・女	昭和・平成	年	月
	被扶養者	変更後	(フリガナ)	性別	生年月日		続柄
				男・女	昭和・平成	年	月
変更年月日及び理由等		平成 年 月 日付 変更 理由:					

住所変更	被保険者	変更前	(フリガナ)	〒 -		
				電話( - - )	携帯( - - )	
	変更後	(フリガナ)	〒 -			
				電話( - - )	携帯( - - )	
変更年月日及び理由等		平成 年 月 日付 変更 理由:				

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

京都府農協健康保険組合理事長殿

受付日付印

※ 氏名変更の場合は、被保険者証を添付し提出してください。  
(住所変更のみの場合は、被保険者証は不要です。)