

〈任意継続用〉 健康保険 被保険者住所変更届

※同じ住所で登録されている被扶養者の方は、自動的に変更されます。

常務理事	事務長	係

イマジカ健康保険組合理事長殿

※該当元号・性別に○をしてください。

記号			番号		被保険者氏名				生年月日				性別	
1	5	0						(フリガナ)		昭和	年	月	日	男
								(氏)	(名)	平成				女

変更後	郵便番号	〒	-	(フリガナ)									
	住所	都道府県											TEL:
変更前	住所	都道府県											
変更年月日	令和	年	月	日	備考								

令和 年 月 日提出

受付日付印

【申請書送付先】

〒140-0002

東京都品川区東品川3-13-6
品川プロダクションセンターRビル2階

イマジカ健康保険組合