

〈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 ・ 平成	年	月	日	男 ・ 女
							(氏)	(名)							

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