

〈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。

イマジカ健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	係

※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	都府県				TEL:							
変更前	住所	都府県											
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