

健保 決 済 欄	業務部長	適用課長	審査(係)	支所長	係

任意継続氏名等変更(訂正)届

被保険者 保険証	記号	1820	被保険者		性別
	番号		氏名		男・女
変更事項	変更(訂正)後			変更(訂正)前	
(フリガナ)					
氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	明・大・昭・平
続柄					
住所・電話	変更(訂正)後の住所・電話番号				
	〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				
	TEL () -				
口座振替・ 給付振込等	取扱金融機関			金融機関コード	
金融機関及 口座変更	JA	支所		-	
	貯金種別	口座番号		(フリガナ)	
	1・普通 2・当座			口座名義	
変更年月日	平成	年	月	日	変更事由

* 変更箇所をご記入の上JA長野健保宛まで送付して下さい。

[送付場所→長野市大字南長野北石堂町1177-3 JA長野県健康保険組合]

上記の通り変更(訂正)したのでお届け致します。

平成 年 月 日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

1受付

2受付

任継被保険者

住 所 〒

氏 名

(印)