

シャープ健康保険組合

届出事項変更届 (任意継続用)

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針 (プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

年 月 日 提出

被保険者証		フリガナ	男 ・ 女	生年月日	
記号	番号	氏名		昭和 ・ 平成	年 月 日
1 0 0					

◆変更する届出項目の番号に○を付け、変更のある項目のみ記入してください

届出項目		変更・訂正後の内容			
1	氏名	変更後	フリガナ	変更前	フリガナ
2	住所	郵便番号	フリガナ		
		変更する者	被保険者本人 ・ 家族氏名 []		
	電話番号	() -			
緊急連絡先	携帯電話番号	- -			
	メールアドレス	@			
3	給付金 受取口座	金融機関	銀行・金庫	本店・支店	
			信組・農協	出張所	
		金融機関コード		支店番号	
	普通口座	口座番号			
	口座名義	フリガナ			
変更年月日		年 月 日			

◆添付書類

1 氏名変更	○公的な証明書類 (コピー可) ※戸籍抄本など ○変更する方のシャープ健康保険証 又は 資格確認書 (原本)
2 住所変更	○変更後住所の住民票 (コピー可) ※変更される方全員が記載されているもの ※「(様式番号6) 被扶養者の別居に伴う再審査申請書」(被保険者と被扶養者が別居となる場合のみ)

市町村番号	6	7				
-------	---	---	--	--	--	--

常務理事	事務長	課長		担当

入力	

(様式番号 14)

自動払込利用申込書 (収・加)

ゆうちょ銀行

種目コード			種別コード		通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)						通帳番号 (右からつめてご記入ください)								
1	6	6	2	8	1					0	※								

フリガナ		お届け印
口座名義人		

(氏名コード：) ※被保険者(本人)の名義口座に限ります。

払込日	10日 ・ 27日			土曜、日曜、祝日の場合は翌営業日	
払込先 口座番号	00970-0-53915	払込先 加入者名	シャープ健康保険組合		

自動払込利用申込書に不備がありましたら、該当箇所に○をつけ、下記返送先までご返送ください。

1. 記号番号相違
 2. 氏名相違
 3. 印鑑相違
 4. 口座なし
 5. その他
- ()

【返送先】〒581-8585

大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号地

シャープ健康保険組合

TEL. 06-6796-1567 FAX. 06-6791-7309