

住所・振込口座・所属連絡票 (新規・変更)

令和 年 月 日

会社名							
所属							
保険証	記号		番号				
フリガナ					男・女	電話番号	
氏名 (被保険者)							
金融機関名			預金種目		口座番号		
銀行			普通 当座		支店		
本人 住民票住所 (必須)	〒						
本人 現住所	〒						
家族の 住所に 関して ※被扶養者が いる場合のみ ご記入ください	新規	扶養しているご家族とは同居していますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(別居)	
	変更	<input type="checkbox"/> 本人の住所変更に伴い、家族も上記住所へ変更となる (本人の住所変更により別居していた家族と同居になる場合を含む) <input type="checkbox"/> 本人は住所変更となるが家族は以前の住所のままである (本人の単身赴任等) ※ご家族のみの住所変更の場合は、この用紙ではなく「健康保険被扶養者(住所変更)届」をご提出ください。					

*新規(資格取得時)の場合は、資格取得届(家族がいる場合は異動届も併せて)と一緒に提出してください。

*変更の場合は、保険証の記号・番号、氏名と、変更箇所のみご記入ください。

信濃毎日新聞健康保険組合

入力	
----	--