

[様式：資第10号]

業務処理コード
1 2 9

決事務 裁セン 欄夕	常務理事	課長	主査	担当者	受付

任意継続被保険者住所変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対象者コード		① 被保険者（申請者）氏名			② 旧事業所名・担当名		
	0:0:3:5:1:5:2:2:5		資格 大輔 (資格印)			NTT 株式会社 総務		
	③ 市区町村コード		郵便番号		都道府県名		郡市区町村名	
	町名 丁目 番地		カナ		建物		カナ	
	漢字				漢字			
	電話番号		() -					
	④ 市区町村コード		郵便番号		都道府県名		郡市区町村名	
	2 0 2 0 2 9		3 8 9 - 0 0 0 0		長野県		松本市	
	町名 丁目 番地		カナ		建物		カナ	
漢字		スワマチ1-3-7		レジデンス シンシュウ305		レジデンス 信州 305		
電話番号		(0263) 11 - 4321						

《被保険者（申請者）記入欄》

① 被保険者（申請者）が自ら氏名を署名した場合押印は不要。

② 退職時の事業所名を記入する。

③ 現住所変更の場合、変更後の住所、電話番号を記入する。
市区町村コード不明の場合は、事業所担当者が記入する。

④ 居住地変更の場合、変更後の住所、電話番号を記入する。
市区町村コード不明の場合は、事業所担当者が記入する。

- 郵便物配達先変更の場合は居住地変更の欄にご記入ください。
- 市区町村コード不明の場合、記入は不要です。

処 事 理 業 欄 所	事業所名称： NTT 株式会社	課長	審査投入責任者	審査投入担当者	受付
	電話番号：(026) 333 - 9696	大門 3/1	権堂 3/1	上松 3/1	平成12年 3月 1日 担当 上松
		チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者（申請者）記入欄の記入漏れはないか <input checked="" type="checkbox"/> 変更後の住所に相違ないか <input checked="" type="checkbox"/> システムへ登録したか		

(平成11.11)

業務処理コード
1 2 9

決 事 務 裁 セン 欄 夕	常務理事	課 長	主 査	担 当 者	受 付

任意継続被保険者住所変更届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 居 住 地 変 更 欄	対象者コード		被保険者（申請者）氏名		旧事業所名・担当名	
	0:00		印			
	市区町村コード		郵便番号		都道府県名	
	町名 丁目 番地	カナ	建物		カナ	
		漢字			漢字	
	電話番号		() -			
	市区町村コード		郵便番号		都道府県名	
	町名 丁目 番地	カナ	建物		カナ	
漢字		漢字				
電話番号		() -				

- 1 郵便物配達先変更の場合は居住地変更の欄にご記入ください。
- 2 市区町村コード不明の場合、記入は不要です。

処 事 理 業 欄 所	事業所名称：		課 長	審査投入責任者	審査投入担当者	受 付
						平成 年 月 日 担当 _____
	電話番号：() -		チェック ポイント	<input type="checkbox"/> 被保険者（申請者）記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 変更後の住所に相違ないか <input type="checkbox"/> システムへ登録したか		

（平成11.11）