

常務理事	事務長		担当者

住所変更届 (任意継続保険被保険者用)

ベネッセグループ健康保険組合 御中

平成 年 月 日
任継 NO : 20 - _____
氏 名 : _____ 印

私は、平成 年 月 日より下記のとおり住所を変更いたしますので、ご連絡いたします。

旧住所	新住所
〒 _____	〒 _____
固定電話 :	固定電話 :
携帯電話 :	携帯電話 :
E-Mail	E-Mail