

住所・銀行口座登録変更届

申請日： 令和 年 月 日

被保険者証	記号	番号	フリガナ		
				氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		所属部署名 (社内便の宛先)	<input type="checkbox"/> コーセイG <input type="checkbox"/> アルビオンG <input type="checkbox"/> その他	支店・営業所

住所	〒 ————— (TEL) —————
電話番号	

*** 同居していない家族(コーセイ健保の保険証をお持ちの方)の住所変更の場合のみ記入**

上記住所へ 転居した家族	氏名		被保険者 との続柄	
	氏名		被保険者 との続柄	
	氏名		被保険者 との続柄	

*** 給付金等が発生した場合に 健保より振込む口座です。**

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄へ記入)			
銀行口座	銀行			支店
口座番号	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

【送付先】 コーセイ健康保険組合

Mail:kosekenpo@kose.co.jp Fax:03-6892-5893

令和5年4月1日改訂