

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
| | | | |

健康保険 被保険者 住所変更届 被扶養者

令和 年 月 日 提出

| | | | | | |
|--|---|------------|-----------|-------------------|--|
| 保険証の 記号 | | 保険証の 番号 | | 被保険者の 氏名 | |
| 住民票の住所を 変更する者 ※ □にチェック してください | <input type="checkbox"/> 被保険者本人のみ <input type="checkbox"/> 被保険者本人 および 被扶養者全員 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ（該当者を以下に記入） | | | | |
| | 該当の被扶養者氏名 | 続柄 | 該当の被扶養者氏名 | 続柄 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 変更後の 住民票住所 | 郵便番号 | — | 変更年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | フリガナ | | | | |
| | 住民票住所 | | | | |
| | ※ TEL | — | — | ※ 任意継続保険に加入の方のみ記入 | |
| 変更前の 住民票住所 | | | | | |

- ◎ 下記書類（①か②のいずれか）を添付し、各事業所の人事（総務）経由でご提出ください。
 ① 住民票のコピー ② 運転免許証（両面）のコピー
 ◎ 保険証裏面の住所欄は、各自で記入・訂正してください。

【注意事項】

- ・ 住所欄は、住民票の表記通りの住所（○丁目○番地等）を記入してください。
- ・ 変更年月日は、住民票住所の変更があった日を記入してください。
- ・ 被保険者と被扶養者の住所が異なる場合、仕送り証明等の提出を依頼することがあります。

| | |
|--------|---------------|
| 事業所所在地 | 上記のとおり相違ありません |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |

| |
|-------|
| 健保受付印 |
|-------|