

健康保険

被保険者
被扶養者

住所変更届

常務理事	事務長	担当	担当

申請理由

※ 1～4の該当番号に○をつけてください。

- 1 : 被保険者（本人）が転居した（被扶養者がいる場合、帯同）
- 2 : 被保険者（本人）が被扶養者（家族）と別居した → （理由： ）
- 3 : 被保険者（本人）が別居していた被扶養者（家族）と同居した
- 4 : 別居していた被扶養者（家族）が転居した

住所変更年月日

令和

年

月

日

被
保
険
者
欄

被保険者証

被保険者氏名

所属部署

記号 — 番号

印

Tel ()

生年月日

昭 年 月 日
・
平

日中繋がる
電話番号

Tel ()

※ 健保組合より連絡が入る場合があります。

住所
(変更後)

〒 —

Tel ()

※ 申請理由が 2、4（被保険者と被扶養者が別居）のときのみ被扶養者欄をご記入ください。

被
扶
養
者
欄

被扶養者氏名（対象者のみ記入）

続柄 () 続柄 () 続柄 ()

住所
(変更後)

〒 —

Tel ()

(
健
保
記
入
欄
)

令和

年

月

日提出

事業所
所在地

事業所
名称

事業主
氏名

〒 —

印

受 付 印