

## 被保険者・被扶養者 住所変更届

常務理事	事務長	業務課長	担当者

被保険者欄	被保険者証の 記号-番号	123 - 1234567	氏名	健康 太朗
	変更年月日	令和 3 年 4 月 1 日	申請年月日	令和 3 年 4 月 10 日

該当する理由にチェックを入れて、下記該当の欄に住所をご記入下さい。

変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者のみ変更	<input type="checkbox"/> 被扶養者のいない被保険者
		<input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任に該当
		<input type="checkbox"/> 単身赴任が解除
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者のみ変更	<input checked="" type="checkbox"/> 進学
		<input type="checkbox"/> その他 ( ) 別居理由により、毎年行う一斉被扶養者調査時に金融機関を通した毎月の送金実績が必要になる場合があります。
	<input type="checkbox"/> 3. 被保険者及び被扶養者ともに変更	

記入見本はカラーで表示していますが、  
届出は白黒で印刷して下さい。

※上記の変更理由「1」又は「3」の場合に記入して下さい。

被保険者欄	被保険者の 変更後住所	〒 555 - 5555 電話番号 0147 - 85 - 9632
		▽▽県▽▽市□◇9-8 ○○寮102号室

※上記の変更理由「2」の場合に記入して下さい。

被扶養者欄	対象被扶養者 氏名	健康 一郎
	被扶養者の 変更後住所	〒 222 - 2222 電話番号 080 - 0000 - 0000
		○○県○○市▽▽▽▽1-5-10 ▽▽▽▽213号室
	対象被扶養者 氏名	
	被扶養者の 変更後住所	〒 - 電話番号 - -

事業主欄	上記のとおり証明します。	この届出は、事業主の証明が必要 (任意継続被保険者は除く) ですので、 健康保険担当者を通じて提出して下さい。
	令和 年 月 日	

〔  
注意  
事項  
〕

- 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署下さい。(修正テープ使用不可)
- この届は、当組合に登録している居住所に変更が生じた場合に提出下さい。