

受 付



決	常 務 理 事	事 務 長	部 長	課 長	係
裁					

健康保険 任意継続被保険者・被扶養者 住所変更届

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号	96	番 号		被保険者氏名		
変 更 日	年	月	日				
住 所 変 更 す る 者 (☐ に ☒ を してください)	☐ 被保険者および被扶養者 ※該当する被扶養者を以下に記入 ☐ 被保険者のみ ☐ 被扶養者のみ ※該当する被扶養者を以下に記入						
	被 扶 養 者 氏 名		続 柄		被 扶 養 者 氏 名		
	続 柄						
	1				4		
	2				5		
3				6			
変 更 前 の 住 所	郵便番号						
	住 所						
変 更 後 の 住 所	郵便番号						
	住 所						
上記住所は住民票住所と同じですか	☐ 同じ ☐ 異なる (※上記住所と住民票住所が異なる場合は下記に記入してください。)						
住 民 票 住 所	郵便番号						
	住 所						

注 1.この届書は、被保険者(本人)および被扶養者(家族)が住所を変更したときに、健保組合に提出してください。

2.住民票の添付は不要です。

3.健康保険証裏面の住所欄は被保険者本人が記入・訂正を行ってください。

4.この届により得た情報は、健康保険の適用・給付・保健事業の業務目的以外には利用いたしません。