

受付

決 裁	常務理事	事務長	部長	課長	係

資格情報のお知らせ等に
記載のある番号を記入し
てください。

健康保険 任意継続扶養者 住所変更届

被保険者の 記号・番号	記号	96	番号	9999	被保険者氏名	健保 太郎				
変更日	○年 ○月 ○日									
住所変更する者 (□に✓をしてください)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 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	6	4	0	-	8	3	3	1	
	住 所	和歌山県和歌山市美園町5-1-1								
変更後の住所	郵便番号	○	○	○	-	○	○	○	○	
	住 所	和歌山県○○市○○								
上記住所は住民票住所と同じですか	<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 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.(資格確認書をお持ちの方のみ)資格確認書の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。