

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 被扶養者 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。