

健康保険 被保険者(被扶養者) 住所変更届

(注意) ※従業員(家族の変更も含む)の方は、HITで住所変更していただければ、健保組合への届けは不要です。

被保険者証	記号	番号	フリガナ	印
			被保険者氏名 (戸籍名)	

常務理事	事務長	担当者

年 月 日 提出

被保険者氏名(戸籍名)	変更後の住所		区分	変更日と理由	健保処理欄
(フリガナ)	フリガナ		/	年 月 日	
	住 所	〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください		(理由)	
	電話番号	_____ - _____			

被扶養者氏名	変更後の住所		区分	変更日と理由	健保処理欄
(フリガナ)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日	
	住 所	〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください		(理由)	
(フリガナ)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日	
	住 所	〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください		(理由)	
(フリガナ)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日	
	住 所	〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください		(理由)	
(フリガナ)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日	
	住 所	〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください		(理由)	

※保険証の裏面には、各自で新住所を記入してください

塩野義健康保険組合



