

**記入見本**

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で住所変更をしていただければ、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	シオノギ タロウ
	××	××××	被保険者氏名	塩野義 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

常務理事	事務長	担当者

年 月 日 提出

被保険者氏名	変更後の住所	区分	変更日と理由	健保処理欄
(フリガナ) シオノギ タロウ 塩野義 太郎	フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウグドショウマチ 〒 ×× - ×××× ※住所は都道府県から記載してください 住 所 大阪府大阪市中央区道修町2-6-6 電話番号 06 - 6209 - 6917	/	20 年 4 月 1 日 (理由) 転居のため	

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) シオノギ ハナコ 塩野義 花子	フリガナ オオサカフオオサカシチュウオウグドショウマチ 〒 ×× - ×××× ※住所は都道府県から記載してください 住 所 大阪府大阪市中央区道修町2-6-6	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	20 年 4 月 1 日 (理由) 転居のため	
(フリガナ) _____	フリガナ _____ 〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください 住 所 _____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日 (理由)	
(フリガナ) _____	フリガナ _____ 〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください 住 所 _____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日 (理由)	
(フリガナ) _____	フリガナ _____ 〒 _____ ※住所は都道府県から記載してください 住 所 _____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	年 月 日 (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

