

(申請者⇒健保)

大京健康保険組合理事長 殿

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

## 健康保険 被扶養者住所変更届

				提出日	令和	年	月	日
健康保険証	記号		番号	事業所名 (出向者は雇用元)				
被保険者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名							
被保険者 住民票の住所変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				 事業所へ住所変更の連絡が必要になります				
住所変更する者	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名			被保険者と	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名			被保険者と	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名			被保険者と	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名			被保険者と	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
変更後の住所	住民票の住所 ※ 住民票記載のとおり 記入してください	〒 -						
	居所 (現住所) ※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れて ください	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる (以下に記入) 〒 -						

### 【注意事項】

- 被保険者の住所変更は事業所より住所情報の連携をしているため、当健康保険組合への住所変更申請は不要です。
- お持ちの健康保険被保険者証 裏面の住所欄は、ご本人で修正をお願いいたします。

[ 受付日付印 ]