

当健康保険組合まで郵送してください。

【任意継続被保険者・休職者】 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等で住所変更をお願いします。健保組合への届けは不要です。

被保険者等	記号		被保険者氏名 (戸籍名)	
	番号			

令和 年 月 日 提出

被保険者氏名	変更		変更後の住所 ※住所は都道府県から記載してください	区分	変更日と理由	健保処理欄
	住民票住所	☐	〒 -		令和 年 月 日 (理由)	
	居所住所	☐	〒 - (電話番号) - -			

被扶養者氏名	変更		変更後の住所 ※住所は都道府県から記載してください	区分	変更日と理由	健保処理欄
	住民票住所	☐	〒 -	☐ 同居 ☐ 別居	令和 年 月 日 (理由)	
	居所住所	☐	〒 -			
	住民票住所	☐	〒 -	☐ 同居 ☐ 別居	令和 年 月 日 (理由)	
	居所住所	☐	〒 -			
	住民票住所	☐	〒 -	☐ 同居 ☐ 別居	令和 年 月 日 (理由)	
	居所住所	☐	〒 -			
	住民票住所	☐	〒 -	☐ 同居 ☐ 別居	令和 年 月 日 (理由)	
	居所住所	☐	〒 -			

常務理事	事務長	主任	係	健保組合受付印