

【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

記入見本

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)	健保 太郎
	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
健保 太郎	住民票住所	☒ 〒*** - **** **府**市**区**町*-*	/	令和 * 年 * 月 * 日 (理由) 転居のため	
	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
健保 花子	住民票住所	☒ 〒** - **** **府**市**区**町*-*	☒ 同居 ☐ 別居	令和 * 年 * 月 * 日 (理由) 転居のため	
	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