

Request Form to Change Home Address
健康保険 住所変更届

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | G L | 担当者 |
| | | | |

〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21
日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

Name with Furigana

Seal

| | | | | | | |
|-------------|----|--------------------|-----------------------|---------------------|--------------|---|
| 被保険者番号 | | 被保険者氏名 (フリガナ) | 印 | 生年月日 | | |
| 記号 | 番号 | | | 昭和 | 年 | 月 |
| × | × | ケンポ タロウ 健保 太郎 | 印 | 平成 | Birth Date × | |
| 住所 | | 〒 ×××-×××× | 電話 | ×× Tel No. ×××-×××× | | |
| New Address | | ××県×××市××町××-××-×× | 特例退職/任意継続の方は必ず記入して下さい | | | |

(注) 被保険者の住所を変更する場合は、勤務先にもお知らせ願います [特例退職/任意継続の方を除く]

Dependents' names w/

◆ 被扶養者の住所を記入して下さい

Address if residency is different from the above address (*Check if it is the same)

| | | |
|-------------------|----|---|
| 被扶養者氏名 (フリガナ) | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| ケンポ ハナコ 健保 花子 | 妻 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです (住所の記入は不要です) 〒 |
| 被扶養者氏名 (フリガナ) | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| ケンポ ケンイチ 健保 健一 | 長男 | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです (住所の記入は不要です) 〒 ×××-×××× 東京都××区××町××3-2-1 |
| 被扶養者氏名 (フリガナ) | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| | | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです (住所の記入は不要です) 〒 |
| 被扶養者氏名 (フリガナ) | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| | | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです (住所の記入は不要です) 〒 |
| 被扶養者氏名 (フリガナ) | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| | | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです (住所の記入は不要です) 〒 |