

健康保険 住所変更届

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

提出先:各会社の社会保険担当者

任意継続/特例退職の方: 〒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)

| | | | | | | | | | | |
|--------|---|------------------|-----------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | 印 | 生年月日 | | | | | | |
| 記号 | 番号 | | | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| × | × | ケンポ タロウ 健保 太郎 | 印 | 平成 | × | × | × | × | × | × |
| 住所 | 〒 ×××-×××× ××県×××市××町××-××-×× | | 電話 | ×××-×××-×××× | | | | | | |
| | 会社都合による転居の場合チェック <input type="checkbox"/> | | 特例退職/任意継続の方は必ず記入して下さい | | | | | | | |

◆ 被扶養者の住所を記入して下さい。

| | | |
|-------------------|----|--|
| 被扶養者氏名 | 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 | 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 | 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 | 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) 〒 |

| | |
|--------|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話 | |

決裁日付印 受付日付印

特例退職/任意継続の方は事業主欄の記入不要