

健康保険 住所変更届

〒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)

理事長	常務理事/ 事務長	G L	担当者

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	日		
×	×	×	×	×	×	×	×	×	ケンポ タロウ 健保 太郎			印	平成	×	×	×	×	×	×
住所		〒 ×××-××××							××県××市××町××-××-××			電話	×××-×××-××××						
特例退職/任意継続の方は必ず記入して下さい																			

(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]

◆ 被扶養者の住所を記入して下さい

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) 〒
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	<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	<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	<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) 〒