

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
住所	〒		電話	特例退職/任意継続の方は必ず記入して下さい			
		会社都合による転居の場合チェック <input type="checkbox"/>					

◆ 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
		<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) 〒
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	⑨
事業主氏名	
電話	

〱 決裁日付印

〱 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