

# 健康保険 住所変更届

理事長	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)

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 平成	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				

(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
		<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) 〒
		<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) 〒
		<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) 〒
		<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) 〒
		<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) 〒