

# 健康保険 住所変更届

住民票住所もしくは現住所を変更された場合にご提出ください

提出先:各会社の社会保険担当者

【任意継続/特例退職の方】

〒103-0015

東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階  
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

常務理事	事務長	G L	担当者

変更年月日	年	月	日
令和	×	×	×

被保険者番号										被保険者氏名						
記号		番号				枝番				姓			名			
×	×	×	×	×	×	×	×	×	0	0	健保			太郎		
生年月日		◎ 昭和		年	月	日	○ 平成		年	月	日	電話				
				×	×	×	×	×	×	×	××-××××-××××					
住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 ×××-××××				□ 会社都合による転居の場合はチェック				東京都××区××町××丁目××-××						
		〒				□ 住民票住所と現住所は同じです(記入不要)										

住民票住所と現住所が同一の場合、  
□に✓してください

被保険者本人と同じ住民票の場合、  
□に✓してください

◆ 被扶養者の住所を記入して下さい。

被扶養者氏名	健保	花子	続柄	妻	変更年月日	年	月	日
					令和	×	×	×
住民票住所 (正しい住居表示で記入)	〒				□ 被保険者の住民票住所と同じ場合はチェック(記入不要)			
お住まいの住所	〒				□ 住民票住所と現住所が同じ場合はチェック(記入不要)			

被保険者本人と同じ住民票であって  
もお住まいの住所が異なる場合、現  
住所をご記入ください。

被扶養者氏名	健保	愛	続柄	妻	変更年月日	年	月	日
					令和	×	×	×
住民票住所 (正しい住居表示で記入)	〒				□ 被保険者の住民票住所と同じ場合はチェック(記入不要)			
お住まいの住所	〒 ×××-××××				□ 住民票住所と現住所が同じ場合はチェック(記入不要)			
	神奈川県××市××町××-××-××							

被保険者本人と異なる住民票の場合、  
ご家族自身の住民票住所をご記入く  
ださい。

被扶養者氏名	健保	絵夢	続柄	長男	変更年月日	年	月	日
					令和	×	×	×
住民票住所 (正しい住居表示で記入)	〒 ×××-××××				□ 被保険者の住民票住所と同じ場合はチェック(記入不要)			
お住まいの住所	〒				□ 住民票住所と現住所が同じ場合はチェック(記入不要)			
	千葉県××市××町××丁目××番地-××							

決裁日付印

受付日付印

事業所名称	
事業主氏名	
電話	

特例退職/任意継続の方は事業主欄の記入不要