

# 健康保険 住所変更届

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: 〒103-0015 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

被保険者番号										被保険者氏名										生年月日									
記号			番号							枝番		健保 太郎										昭和		年		月		日	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	0	0											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
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) 〒
健保 愛	長女	<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
		<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) 〒

日本アイ・ビー・エム健康保険組合に加入されている被扶養者のみご記入ください。

事業主記入欄	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