健康保険　住所変更届

常務理事	事務長	G L	担当者

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リバーゲート南ウィング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

変更年月日	年	月	日

被保険者番号			被保険者氏名	
記号	番号	枝番	姓	名
		0 0		

生年月日	○ 昭和 ○ 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
お住まいの住所	〒　－　☐ 住民票住所と現住所は同じです(記入不要)

◆ 被扶養者の住所を記入して下さい。

被扶養者氏名			続柄		変更年月日	年	月	日

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)

被扶養者氏名			続柄		変更年月日	年	月	日

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)

被扶養者氏名			続柄		変更年月日	年	月	日

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)

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