

任意継続被保険者用

部長	課長	係長	係

健康保険任意継続 被保険者 住所変更届
被扶養者

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	
記号 5001	番号 56789	健 保 太 郎	
生年月日		変更年月日	
昭和・平成 50 年 1 月 2 日		令和 5 年 11 月 25 日	

住所変更する方 ※口にチェックをしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者全員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)											
	<table><thead><tr><th>該当被扶養者氏名</th><th>続柄</th><th>該当被扶養者氏名</th><th>続柄</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄							
該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄									
変更後の居住地	フリガナ トウキョウト〇〇ク〇〇 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1丁目 〇〇マンション102号室 電話 090 - 1234 - 5678											
住民票の所在地	<input type="checkbox"/> 居住地と同じ 〒123 - 7890 <input checked="" type="checkbox"/> 居住地と相違： (右に記入) 東京都△△区△△3丁目△△番地△△											

【注意事項】

- ・ 変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- ・ 変更後の居住地の郵便番号は必ず記入してください。
- ・ 一部の被扶養者のご住所を変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
- ・ 被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。

※組合
記入欄

月納 ・ 前納

受付年月日

上記のとおり届出いたします。

令和 5 年 12 月 1 日

被保険者住所： 東京都〇〇区〇〇1丁目
〇〇マンション102号室

被保険者氏名： 健 保 太 郎

被保険者電話： 090 (1234) 5678