

健康保険 被保険者 住所変更届

(資格確認書の住所欄はご自分で訂正ください。)

令和 年 月 日提出

健 保 組 合	
グループ長	担当者

事業所担当者の 確認印

健康保険被保険者	
記号	番号(右づめで記入)

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名					
所 属 (または出向先)	部	室・グループ 課 ・ 工場	電話 番号	職場(内線)	
	職場(外線)				

変 更 後 の 住 所			
郵便番号	-	電話番号	- -

記入要領

- ① 太枠線内をすべて記入ください。

◎住所の主な利用目的

けんぽニュース、医療費通知、ジェネリック通知、インフルエンザ予防接種補助の案内、
保険給付金支給決定通知、家族健診の案内、特定健診受診券 他

受付日付印