

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)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

被保険者の氏名	
(氏)	(名)
日鉄	太郎

事業所名	○△◇(株)			電話 番号	職場(内線)	○○◇◇××
所 属 (または出向先)	○ ×	部	△ □		職場(外線)	○○○-◇◇◇◇-△△△△
			室	グループ 課・工場		

変 更 後 の 住 所					
郵便番号	123	-	4567	電話番号	090 - ○○○○ - ○○○○
■■県◆◆◆町×-×-× ○×△マンション××号室					

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