

# 健康保険 被保険者 住所変更届

(健康保険証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		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="color: red; font-weight: bold;">担当 者印</span> </div>

健康保険被保険者証									
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)		
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	123 - 4567	電話番号	090 - 8765 - 4321
■■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

健保ニュース、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

受付目付印