

事業主経由 → 健康保険組合 行

受付日付印

決	常務理事	事務長	担当
裁			

事業主印

健康保険住所変更届

記号・番号は2024年10月以降配付した「資格情報のお知らせ」に記載されています。(不明なら空欄で可)

記 号		番 号		社員 コード		被保険者 氏名		所属 事業所		所属 部署	
-----	--	-----	--	-----------	--	------------	--	-----------	--	----------	--

住所変更該当者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	転 居 先 住 所	変 更 年 月 日	
	フリガナ	昭平令	年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月 日
	フリガナ	昭平令	年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月 日
	フリガナ	昭平令	年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月 日
	フリガナ	昭平令	年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月 日
	フリガナ	昭平令	年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月 日
	フリガナ	昭平令	年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月 日

届出事由欄に○で囲んでください。 1. 転居 2. 単身赴任の為 3. 単身赴任の終了による同居の為 4. 遠隔地の学校等入学の為 5. その他	届 出 理 由 等	※被保険者(本人)と被扶養者(家族)が長期に亘り住所又は居住を異にする場合、具体的に記入ください。 ①長期間別居する理由 例) 大学へ進学の為 ②遠隔地居住被扶養者への生計負担方法 例) 毎月振込による仕送りをしています ③生計負担額(仕送り額) 月額 円
---	-----------------------	--

令和 年 月 日 提出

住友ゴム工業健康保険組合 殿

(注意事項)

※住所変更による保険証(=2024年12月1日までに発行していたもの)の再交付はいたしません。
以前、送付していた「住所欄シール」も送付しませんので、ご了承ください。

※この住所変更届は健保の事業のために使用し、他の目的には使用しません。