

適用 27

\* \* \* \* \*

④欄の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。  
 ⑤欄の対象者を○印で囲んでください。なお、3・4に該当する場合は、被扶養者の氏名を記入してください。  
 ⑥欄は住民票住所を記入してください。また、住所は、都道府県名から漢字で、フリガナ欄は、カタカナで正確に記入してください。電話番号欄は、日中の連絡先(携帯電話番号等)を記入してください。  
 仕送り条件がある父母等は、本書によるお届けはできませんので、「遠隔地(別世帯)扶養申し出書(適用3様式)」をお届けください。遠隔地扶養申し出書に関するお問い合わせは、「(TEL)03-3662-9955」までご連絡ください。  
 本届出に関するお問い合わせは保健事業課(TEL)03-3662-9953)までご連絡ください。

【記入例】 健康保険 被保険者・被扶養者住所等(登録・変更)届				事業所名			
①記号		②番号		③被保険者の氏名		④生年月日	
1 2 3		4 5 6 7		健保 太郎		昭和 平成 令和	年 4 5 月 1 1 日 2 3
⑤住所を登録・変更する対象者 (該当するものを○で囲む)				1. 被保険者のみ 2. 被保険者と被扶養者全員 3. 被保険者と被扶養者の一部 4. 被扶養者		対象者が3、4の場合、被扶養者の氏名をご記入ください 被扶養者の氏名: 健保 花子	
⑥ 変更後 新住所をご記入ください				住所		電話番号	
				(フリガナ) オオサカフマルマルクマル4-5-6 マルマルマンション987コウシツ			
				〒123 - 4567			
				大阪府〇〇〇区〇〇4-5-6		090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
				〇〇マンション502号			
⑦ 変更前				住所		電話番号	
				(フリガナ) チバケンチハシマルマルクマル1-2-3 マルマルコーポ201コウ			
				〒234 - 5678			
				千葉県千葉市〇〇区〇〇1-2-3		043 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
				〇〇コーポ201号			
⑧ 変更年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日				令和 〇 年 〇 月 〇 日提出 [ 受付日付 ]	

※ (FAX送信可: 03-3662-9955 まで)

伊藤忠連合健康保険組合

適用 27

\* \* \* \* \*

④欄の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。  
 ⑤欄の対象者を○印で囲んでください。なお、3・4に該当する場合は、被扶養者の氏名を記入してください。  
 ⑥欄は住民票住所を記入してください。また、住所は、都道府県名から漢字で、フリガナ欄は、カタカナで正確に記入してください。電話番号は、日中の連絡先（携帯電話番号等）を記入してください。  
 仕送り条件がある父母等は、本書によるお届けはできませんので、「遠隔地（別世帯）扶養申し出書（適用3様式）」をお届けください。遠隔地扶養申し出書に関するお問い合わせは、保健事業課（☎03-3662-9953）までご連絡ください。  
 本届出に関するお問い合わせは、保健事業課（☎03-3662-9953）までご連絡ください。

<b>健康保険 被保険者・被扶養者住所等（登録・変更）届</b>				事業所名	
①記号	②番号	③被保険者の氏名	④生年月日		
			昭和 平成 令和	年	月 日
⑤住所を登録・変更する対象者 (該当するものを○で囲む)		1. 被保険者のみ 2. 被保険者と被扶養者全員 3. 被保険者と被扶養者の一部 4. 被扶養者	対象者が3、4の場合、被扶養者の氏名をご記入ください 被扶養者の氏名：		
⑥ 変更後 新住所をご記入ください		住 所	(フリガナ) 〒 -	都道府県	電話番号 ( )
⑦ 変更前		住 所	(フリガナ) 〒 -	都道府県	電話番号 ( )
⑧ 変更年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日提出 [ 受付日付 ]		

(FAX送信可：03-3662-9955 まで)

伊藤忠連合健康保険組合