

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、2・3に該当する場合は、被扶養配偶者の氏名を記入してください。(被
 保険者、被扶養配偶者以外の方の届出は不要です)
 ⑥ 欄は必ず記入してください。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)をご記入ください。
 ⑦ 欄は、遠隔地扶養申請書(別紙)を添付し、お届けるお届先(別紙)に「遠隔地(別世帯)扶養申請書(適用3様式)」を
 お届けてください。遠隔地扶養申請書に関するお問い合わせは、(TEL03-3662-9955)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(TEL03-3662-9955)までご連絡ください。

【記入例】				事業所名	
健康保険 被保険者・被扶養配偶者住所等(登録・変更)届					
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 8	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. 被保険者と被扶養配偶者 3. 被扶養配偶者のみ	被扶養配偶者の氏名: 健保 花子		
⑥ 変更後	被保険者	住所	(フリガナ) オオサカファルマルクマルマル4-5-6 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 〇〇マンション987号室	電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	被扶養 配偶者	住所	(フリガナ) ヨコハマシマルクマルマルマチ123-4 マルマンション502コウ 〒987 - 6543 横浜市〇〇区〇〇町123-4 〇〇マンション502号	電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
⑦ 変更前	被保険者	住所	(フリガナ) チバケンチハシマルクマルマル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 〇〇コーポ201号	電話番号	043 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	被扶養 配偶者	住所	(フリガナ) チバケンチハシマルクマルマル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 〇〇コーポ201号	電話番号	043 (〇〇〇) 〇〇〇〇
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、2・3に該当する場合は、被扶養配偶者の氏名を記入してください。(被
 保険者、被扶養配偶者以外の方の方の届出は不要です)
 ⑥欄は必ず記入してください。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
 ださい。電話番号欄は、日中の連絡先(携帯電話番号等)を記入ください。
 ⑦欄は、本書によるお届はできませんので、「遠隔地」(別世帯)扶養申し出書(適用3様式)を
 お届ください。遠隔地扶養申し出書に関するお問合せは、「(TEL)03-3662-9951」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。

健康保険 被保険者・被扶養配偶者住所等 (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		
				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. 被保険者と被扶養配偶者 3. 被扶養配偶者のみ		被扶養配偶者の氏名:		
⑥ 変更後	被保険者	住所	(フリガナ) 〒 - 都道府県	電話番号	()	
	被扶養 配偶者	住所	(フリガナ) 〒 - 都道府県	電話番号	()	
⑦ 変更前	被保険者	住所	(フリガナ) 〒 - 都道府県	電話番号	()	
	被扶養 配偶者	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