

被扶養者（家族）の住所を変更する場合

決 裁	常務理事	事務長	主 管	担当者	入力確認

健康保険組合被保険者及び被扶養者届出事項〔**変更**・訂正〕届

*届出の種類及び、変更・訂正する項目に○をしてください。

届出種類		変更・訂正項目			変更理由
変更	本人	氏 名	続 柄		進学のため
	家族 ○	フリガナ	住 所 ○		
訂正	本人	生年月日	電話番号	○	
	家族	性 別	銀行口座		

*本人・家族とも変更、訂正に該当する場合は、両方に○をしてください。

提 出 日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
保険証記号・番号	記号 28○○ 番号 ○○○○
被 保 険 者 氏 名	健保 慎太郎 (印)
届出事項の変更及び訂正に該当する被扶養者氏名	健保 小百合 男 (女)
	男 女
	男 女
	男 女

①住所及び銀行口座の〔変更・訂正〕項目

変更・訂正（後）	
住 所	〒 ○○○-○○○ 電話 ○○○○ (○○) ○○○○ 東京都立川市○○町○○丁目○○番地 ○○ハイツ○○号
銀行口座	銀行・金庫・農協 支店 普通 No. 名義

変更・訂正（前）	
住 所	〒 ○○○-○○○ 電話 ○○○○ (○○) ○○○○ 岩手県北上市○○町○○丁目○○番地
銀行口座	銀行・金庫・農協 支店 普通 No. 名義

②被保険者・被扶養者届出事項〔変更・訂正〕項目

変更・訂正（後）				
(フリガナ) 氏名	() 姓	() 名	性別	続柄
			男 女	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
(フリガナ) 氏名	() 姓	() 名	性別	続柄
			男 女	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
(フリガナ) 氏名	() 姓	() 名	性別	続柄
			男 女	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日

変更・訂正（前）				
(フリガナ) 氏名	() 姓	() 名	性別	続柄
			男 女	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
(フリガナ) 氏名	() 姓	() 名	性別	続柄
			男 女	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
(フリガナ) 氏名	() 姓	() 名	性別	続柄
			男 女	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日

《注意事項》

- 被保険者の氏名の変更及び訂正の場合は、被保険者証（本人・家族）を全員分添付してください。
- 被扶養者の各種変更及び訂正の場合は、該当する被保険者証（家族分）を添付してください。
- 別途必要な書類を提出していただくことがありますので、ご了承ください。
- 家族同伴で住所変更される場合は、該当する家族の氏名を記入してください。
- 銀行の合併等により口座に変更があった場合も提出してください。
- 口座名義が変更になった場合でも、銀行名から記入してください。
- 結婚等により氏名が変更になった場合は、口座名義も変更してください。口座名義が被保険者名と異なる場合は、保険給付金が振り込めないことがありますのでご注意ください。

受付日付印

事業所所在地	東京都品川区大崎○丁目○○番地○○号
事業所名称	○ ○ ○ ○ 株式会社
事業主氏名	代表取締役 ○ ○ ○ ○
電 話	03-3333-3333