

健康保険被保険者証の記号			

## 健康保険 住所登録・変更届 (連名届出用)

送 付 先	FAX	03-5688-7308
	郵送	〒110-8639 東京都台東区東上野 1-13-14 関東百貨店健康保険組合 業務課

N O	健康保険被 保険者証の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日	住所区分	住 所	
					※住民票住所を記載する場合は、マイナンバーカードや住民票の記載どおりに、ご記入ください。	
1			S H . .	<input type="checkbox"/> 住民票住所	〒	— 都 道 府 県
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 居所		
2			S H . .	<input type="checkbox"/> 住民票住所	〒	— 都 道 府 県
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 居所		
3			S H . .	<input type="checkbox"/> 住民票住所	〒	— 都 道 府 県
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 居所		
4			S H . .	<input type="checkbox"/> 住民票住所	〒	— 都 道 府 県
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 居所		
5			S H . .	<input type="checkbox"/> 住民票住所	〒	— 都 道 府 県
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 居所		
6			S H . .	<input type="checkbox"/> 住民票住所	〒	— 都 道 府 県
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 居所		

届出者名 (事業所名)	TEL	—	—
----------------	-----	---	---

令和 年 月 日 提出

◆提出の留意点

- ・手書き、機械打ちのどちらに関しても、該当項目を全て記入(入力)のうえご提出ください
- ・個人から直接ご提出いただく場合、勤務先にも変更内容を連絡してください。

受付日付印