

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| 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