

常務理事	事務長	係長	係

健康保険 被保険者 住所変更届
被扶養者

健康保険の 記 号 番 号	—	被 保 険 者 の 氏 名		性 別	男 ・ 女
事 業 所 名		生 年 月 日	昭和 平成	年	月 日

☒ 該当者にチェックを入れてください。

変更年月日 令和 年 月 日

☐ 被保険者のみ ☐ 被保険者および被扶養者 ☐ 被扶養者のみ				] 該当者を以下に記入	
該当被扶養者氏名		続柄	該当被扶養者氏名		続柄
変更後の住所	フリガナ				
	〒 —				
変更前の住所	〒 —				

令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿	

【注意事項】

- ・ 変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- ・ 被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
- ・ 被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--