被保険者・被扶養者住所変更届
兼　発送物送付先指定届

1036

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
注2 マス目への記入は、1つの枠に、濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

（1）被保険者証の記号　（2）被保険者証の番号

（3）勤務箇所	（4）被保険者（社員本人）氏名　自署

（5）単身赴任
□ 0：該当　1：非該当

（6）住所を変更する人
□ 0：被保険者のみ
1：被扶養者の一部
2：被扶養者全員
3：被保険者及び被扶養者全員

1～3を選択した場合

（7）世帯状況（住所変更後）
□ 1：被保険者（社員本人）と同居
2：被保険者（社員本人）と別居

1・2を選択した場合

変更となる被扶養者の氏名	続柄		

被保険者と被扶養者が別居する際、次の事項に該当しなければ別居した時点から被扶養者資格を喪失することとなりますので、被扶養者（異動）届[喪失]を速やかに提出してください。

1. 送金による被扶養者への生活費の援助が必要です。
2. 送金額、送金回数は健保組合で定める基準を満たしてください。
3. 送金は、健保組合が確認できる形で行ってください。
（手渡しや同一通帳を使ったものなどは認められません）

（8）電話番号　今後、当健保から連絡する際の電話番号をご記入ください。 各欄左詰め

□□□□□ － □□□□ － □□□□□

（9）変更後の住民票住所

変更有無		0 ：変更なし 1 ：変更あり 住民票住所が変わった場合	郵便番号	〒				―				
住民票住所												

（10）発送物送付先住所

指定有無		0 ：指定なし 住民票住所と同一の場合 1 ：指定あり 住民票住所と異なる場合	郵便番号	〒				―				
発送物送付先住所												

事業主特記事項欄	

上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日

所在地 〒　－

名称

事業主名　　㊞

事業所使用欄	箇所長	電話	健保担当課
	㊞	―	㊞
事業主整理番号			