

健康保険 住所変更届

※ 健 保 処 理 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

住民票の住所を記入してください。住民票に変更がなければ提出不要です。

被扶養者が単身赴任と通学以外の理由で別居される場合は住民票の異動の有無に関わらず提出が必要です。

該当する方の**すべての**項目に○をし、下記内容を記入してください。

→ 1. 被保険者のみ(被扶養者がいない方) 2. 被保険者のみ(単身赴任) 3. 被保険者と被扶養者 4. 被扶養者のみ

被 保 険 者	被保険者証	記号		番号	被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	変更後※の住所	〒 - TEL ()				変更理由	変更年月日		住所シール		
					転居・単身赴任・訂正 その他()		令和				必要枚数 枚

※ 被保険者の住所を変更しない場合は記入不要です。

被 扶 養 者	被扶養者氏名	続柄 (妻・長男等)	変更後の住所(被保険者と同じであれば省略可)	変更理由	変更年月日
				〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()
			〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()	令和 年 月 日
			〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()	令和 年 月 日
			〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()	令和 年 月 日

上記の申請について、事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地	
事業所名	
事業主(代理人)	

※ 下記理由で別居する場合は添付書類が必要です。
なお内容によっては別途添付書類をいただく場合があります。

- ①遠隔地に通学 ……学生証の写しまたは在学証明書等
- ②単身赴任と通学以外
 - …… 被扶養者の世帯全員の続柄記載の住民票・被保険者の源泉徴収票の写し
 - 被扶養者の市町村発行の所得証明書・仕送り誓約書(HPよりダウンロード可能)
 - 仕送り証明書・年金のある方は直近の年金支払証明書の写し
 - 施設に入所されている方は施設の費用がわかる書類の写し

健康保険

住所変更確認通知書

住民票の住所を記入してください。住民票に変更がなければ提出不要です。

被扶養者が単身赴任と通学以外の理由で別居される場合は住民票の異動の有無に関わらず提出が必要です。

該当する方のすべての項目に○をし、下記内容を記入してください。

→ 1. 被保険者のみ(被扶養者がいない方) 2. 被保険者のみ(単身赴任) 3. 被保険者と被扶養者 4. 被扶養者のみ

被 保 険 者	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	変更後※の住所	〒 - TEL ()			変更理由	変更年月日		住所シール 必要枚数		
				転居・単身赴任・訂正 その他()	令和		年	月	日	枚

※ 被保険者の住所を変更しない場合は記入不要です。

被 扶 養 者	被扶養者氏名	続柄 (妻・長男等)	変更後の住所(被保険者と同じであれば省略可)	変更理由	変更年月日
				〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()
			〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()	令和 年 月 日
			〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()	令和 年 月 日
			〒 - TEL ()	転居 通学 施設に入所 その他()	令和 年 月 日

令和 年 月 日

事業所所在地	殿
事業所名	
事業主(代理人)	

セキスイ健康保険組合 理事長