

住所変更届

大阪府電気工事健康保険組合 理事長殿

※FAX受付け可(FAX 06-6343-1880)

※事業主様へ 本用紙は健康保険にご加入中の従業員の方、またはそのご家族に住所の変更があった時、健康保険組合にご提出をお願いします。尚、この届は日本年金機構には送付されません。

被保険者、及び被扶養者の住所に変更がありましたので届出します。

①健康保険 被保険者証の記号	②健康保険 被保険者証の番号	被 保 険 者 氏 名	新 住 所
			郵便番号 - ※郵便番号は必ず正しく記載してください。 TEL () -

※被扶養者のみ住所変更される時は、以下に該当者の住所をご記入ください。※㊦被保険者と別居の方のみ住所をご記入ください。

被 扶 養 者 欄	氏 名	新 住 所【被保険者と同居の場合は(同上)としてください】	被保険者と同居の区別※㊦
			郵便番号 - TEL () -
		郵便番号 - TEL () -	同居 ・ 別居
		郵便番号 - TEL () -	同居 ・ 別居
		郵便番号 - TEL () -	同居 ・ 別居

平成 年 月 日 提出

受付日付印

所 在 地	
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話	() 局 番

社会保険労務士 の提出代行者印	㊦
--------------------	---

大 阪 府 電 気 工 事 健 康 保 険 組 合