

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ください。

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。 ※郵便番号は必ず正しく記載してください。

健康保険被保険者証の		氏名	住所	
記号			〒 - 都 道 府 県	↓ 該当する場合チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 新住所と住民票は同一です。
番号			〒 - ※新住所と異なる場合のみ記入してください。 都 道 府 県	電話番号

被扶養者の住所について下記事項ご確認のうえ、チェックしてください。③に該当するときのみ下記欄ご記入ください。

- ① 今回の住所変更に伴い、被保険者と同住所に変更します。(被保険者と被扶養者の住所を変更します)
- ② 今回の住所変更に伴い、被扶養者は住所の変更はありません。(被保険者のみ住所を変更します)
- ③ 被扶養者のみ住所変更をしたので、下記の通り届出します。(被扶養者のみ住所を変更します)

被扶養者欄が足りない場合は必要数複製してください。

被 扶 養 者 欄	氏名		住所	
		新住所	〒 - 都 道 府 県	↓ 該当する場合チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 新住所と住民票は同一です。
		住民票住所※	〒 - 都 道 府 県	電話番号
		新住所	〒 - 都 道 府 県	↓ 該当する場合チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 新住所と住民票は同一です。
		住民票住所※	〒 - 都 道 府 県	電話番号
		新住所	〒 - 都 道 府 県	↓ 該当する場合チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 新住所と住民票は同一です。
	住民票住所※	〒 - 都 道 府 県	電話番号	

所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

年 月 日 提出

受付日付印

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

大阪府電気工事健康保険組合