

健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

被保険者証	記号	被保険者	フリガナ	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	番号		氏名					

被 保 険 者	住民票住所	変更後	郵便番号			—					住所	
		変更前	郵便番号			—					住所	
	居所住所	変更後	郵便番号			—					住所	
		変更前	郵便番号			—					住所	

被扶養者の住所が変更になった場合は、下記を記入して下さい。

被扶養者	フリガナ	被保険者との続柄	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	氏名						

被 扶 養 者	住民票住所	変更後	郵便番号			—					住所	
		変更前	郵便番号			—					住所	
	居所住所	変更後	郵便番号			—					住所	
		変更前	郵便番号			—					住所	

上記の通り、お届けします。

年 月 日

事業所 住 所
事業主 名 称
氏 名

山形県自動車販売健康保険組合 理事長 殿

受付日付印