

正

欄の元号は、該当する文字を、印で囲んでください。
 欄の対象者を、印で囲んでください。なお、3・4に該当する場合は、対象となる被扶養者の氏名を（ ）内に記入してください。
 欄は必ず記入してください。また、欄は、都道府県名から漢字で、フリガナ欄は、カタカナで正確に記入してください。
 ナで正確に記入してください。
 仕送り条件がある父母等は、本書によるお届けはできませんので、「遠隔地(別世帯)扶養申し出書(適用3様式)」をお届けください。
 お問合せは、当組合業務課(03-3662-9951)までご連絡ください。

| | | | | | | | |
|--|--|---|---------|----------------------|--|----------|--|
| 【記入例】 健康保険 被保険者・被扶養者住所等(登録・変更)届 | | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 | |
| | | | | | | | |
| 記号 | 番号 | 被保険者の氏名 | | 生年月日 | | | |
| 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 健保 太郎 | | 昭平令 | 年 3 9 | 月 1 1 | |
| 住所を登録・変更する対象者 (該当するものを で囲む) | | 1.被保険者のみ 2.被保険者と被扶養者全員 3.被保険者と被扶養者の一部(対象者:) 4.被扶養者(対象者:) | | | | | |
| 変更後 | 郵便番号 | 1 2 3 | 4 5 6 7 | 住所 | (フリガナ)ヨコハマシマルマルクマルマチ123-4 マルマルマンション502コウ | | |
| | 電話番号 | 0 4 5 () 1 2 3 4 | | | 神奈川県 横浜市 区 町123-4 マンション502号 | | |
| 変更前 | 〒 234 - 5678 千葉県千葉市 区 1-2-3 コーポ201号 | | | | | | |
| 変更年月日 | 平成・令和 年 月 1日 | | | 備考 | | | |
| 事業所所在地 | 〒 123 - 7890 東京都港区北青山 - - | | | 令和 年 月 日提出 [受付日付] | | | |
| 事業所名称 | 伊藤忠 販売株 | | | 社会保険労務士の 提出代行者印 印 | | | |
| 事業主氏名 | 代表取締役 | | | | | | |
| 電話番号 | 0 3 () 1 2 3 4 | | | | | | |

伊藤忠連合健康保険組合

本書の健康保険組合への届出の場合は、事業主印の捺印は必要ありませんので事業所を経由する必要はありません。(FAX送信可: 03-3662-9955 まで)

正

* * * * *
 欄の元号は、該当する文字を印で囲んでください。
 欄の対象者を印で囲んでください。なお、3・4に該当する場合は、対象となる被扶養者の氏名を()内に記入してください。
 欄は必ず記入してください。また、欄は、都道府県名から漢字で、フリガナ欄は、カタカナで正確に記入してください。
 仕送り条件がある父母等は、本書によるお届けはできませんので、「遠隔地(別世帯)扶養申し出書(適用3様式)」をお届けください。
 お問い合わせは、当組合業務課(03-3662-9951)までご連絡ください。

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------|---|-------------|---------------------|------|----|---|
| 健康保険 被保険者・被扶養者住所等(登録・変更)届 | | 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 課長代行 | 係長 | 係 |
| | | | | | | | |
| 記号 | 番号 | 被保険者の氏名 | | | 生年月日 | | |
| | | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | |
| 住所を登録・変更する対象者 (該当するものを で囲む) | | 1.被保険者のみ 2.被保険者と被扶養者全員 3.被保険者と被扶養者の一部(対象者:) 4.被扶養者(対象者:) | | | | | |
| 変更後 | 郵便番号 | 住所 | | (フリガナ) 都道府県 | | | |
| | 電話番号 | () | | | | | |
| 変更前 | 〒 - | | | | | | |
| 変更年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | 備考 | | | |
| 事業所所在地 | 〒 - | | | 令和 年 月 日提出 [受付日付] | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | 社会保険労務士の提出代行者印 | | 印 | |

伊藤忠連合健康保険組合

本書の健康保険組合への届出の場合は、事業主印の捺印は必要ありませんので事業所を経由する必要はありません。(FAX送信可:03-3662-9955まで)