

## 健康保険住所変更届

決	常務理事	事務長		担当者
裁				

注意事項

提出先：...事業主を経由して健康保険組合へ  
提出期限：...異動を生じた日から五日以内

記号	6010	番号	1234567	枝番	01	被保険者氏名	兼松 太朗
住所を変更することになった者	氏名	生年月日	性別	続柄	☆転居先住所	住民登録地が☆と違う場合は住民登録地をご記入ください	
	兼松 康	H 12 年 6 月 12 日	男	次男	〒 XXXX - 0000 〇〇県▲▲市〇〇 学生寮〇〇号室 TEL 090-XXXX-XXXX	東京 都 中央 区	
		H 年 月 日			〒 - TEL	都 区	
		H 年 月 日			〒 - TEL	都 区	
		H 年 月 日			〒 - TEL	都 区	
届出事由 (いずれかを☑入れて下さい。)			確認欄	※被保険者と被扶養者が長期に亘り住所又は居住を異にする場合、下記に具体的にご記入願います。			
<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 単身赴任の為 <input type="checkbox"/> 単身赴任の終了による同居の為 <input checked="" type="checkbox"/> 学校入学の為 (確認欄②～③を記入下さい) <input type="checkbox"/> その他 (確認欄①～③をご記入下さい)				①その他の別居する理由 _____ ②別居する被扶養者への生計負担方法等 (例：毎月対象者の銀行口座に生活費として③を振込む) 毎月5万円を上記対象者へ振込。及び4月に学生寮に〇〇万円を年額一括振込済み。 ③生計負担額 月額 5万 円			

令和 2 年 4 月 10 日提出

兼松健康保険組合 殿

事業主所在地  
事業主 名称  
代表者 名

人事総務部 (総務経理部) へご提出ください。

受付日付印