

愛鉄連健康保険組合 殿

## 被保険者・被扶養者住所変更届

- 注1) 健保への届出は、本様式で郵送、または、FAXにてご提出ください。(FAX: 052-461-6135)
- 注2) 年金事務所(厚生年金保険)への届出は、別途、所定の様式「厚生年金保険 被保険者住所変更届」で管轄の日本年金機構事務センターに直接ご提出ください。  
 厚生年金保険の様式は、健保への届出にお使いいただけませんので、ご注意ください。

**記入例**

単身赴任など、被保険者のみ住所変更される場合は【被保険者のみ変更】にチェックを入れてください。

被保険者・被扶養者の全員が住所変更される場合は、被保険者に○を付け被保険者の方のみ住所を記入し、【被扶養者も全員変更】にチェックを入れてください。

被扶養者のみ住所変更される場合は被扶養者に○をつけ、ご記入いただき【被扶養者のみ変更】にチェックを入れてください。

記号	事業所名称			
保険証番号	氏名(どちらかに○を付けてください)	住所(建物名や部屋番号など詳細に記入してください)	チェックを入れてください	変更年月日
	被保険者 被扶養者	〒 —	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者も全員変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ変更	令和 年 月 日
	被保険者 被扶養者	〒 —	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者も全員変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ変更	令和 年 月 日
	被保険者 被扶養者	〒 —	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者も全員変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ変更	令和 年 月 日
	被保険者 被扶養者	〒 —	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者も全員変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ変更	令和 年 月 日
	被保険者 被扶養者	〒 —	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者も全員変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ変更	令和 年 月 日