

愛鉄連健康保険組合 行

被保険者・被扶養者住所変更届

【注意事項】

1. 健保への届出は、本様式を KOSMOWeb、郵送、FAX（052-461-6135）にてご提出ください。
2. 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。
3. 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、被保険者のみ住所を記入して、【被扶養者も全員変更】にチェックを入れてください。
4. 資格取得時（扶養認定時）に住民票住所と郵送先を別の宛先へ変更を希望される場合は下記の黒枠と【居所のみ変更】にチェックを入れてください。
5. 住民票住所と郵送先を別の宛先へ変更を希望される場合は【居所のみ変更】にチェックを入れてください。

記号			事業所名						
----	--	--	------	--	--	--	--	--	--

資格取得時（扶養認定時）の居所変更の場合はこの欄にチェックしてください

保険証番号	氏名	住所 ※建物名や部屋番号など詳細に記入してください	対象者区分	変更区分	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所と居所が同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 居所のみ変更	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所と居所が同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 居所のみ変更	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所と居所が同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 居所のみ変更	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所と居所が同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 居所のみ変更	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所と居所が同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 居所のみ変更	令和 年 月 日