## 健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

	太枠内(②③④⑤⑥⑧)	は必ず 記入し	ンて L ラハ。											
	②事業所番号 ③被保	険者整理番号		④被保険	食者の	氏名	⑤被保険	食者の生年月日	⑥住所変更の対象者(○印を付けてください)					
①被 保			(氏)				5.昭和 7.平成		※「3. 被扶養者のみ」に〇F	保険者のみ 3. 被扶養者のみ 印を付けた場合は、①欄をご記入下さい。 被保険者のみ」に〇印を付けた場合は、				
険者	変更後の 住民票住所	郵便番号			住所	<sup>フリガナ)</sup> 都 道 府 県			電話番号	( )				
欄	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地を ご記入ください。	郵 便 番 号			住所		邓 道 牙 県							
		<b>皮扶養者(</b> 養者の氏名	のみ」に〇	1		場合は、下記に記 D生年月日 続柄		です。(3名以	(上は、裏面もご使	豆用ください。)				
	(氏)	(名)		5.昭和 7.平成 9.令和										
⑦ 被	変更後の 住民票住所	郵便番号			住所	フリガナ) 都 道 府 県			電話番号	( )				
扶	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地を ご記入ください。	郵便番号			住所		邓 道 守 県							
養	被扶着	養者の氏名		被扶	養者の	の生年月日 続柄								
者欄	(氏)	(名)		5.昭和 7.平成 9.令和										
1189	変更後の 住民票住所	郵便番号			住所	<sup>フリガナ)</sup> 都 道 府 県			電話番号	( )				
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地を ご記入ください。	郵便番号			住所		郛 道 浔 県							
8 提出	事業所所在地	_						令和 4	年 月 日提出	<b>一</b> 受付日付印				
出者記入欄	事 亲 土 氏 名 電 話 番 号					氏名等	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	土会保険労務士記載	<b>ই</b> 欄					

東京都歯科健康保険組合

## 裹 面

	被扶養者の氏名 (氏) (名)						被扶養者の生年月日						続	柄						
	(氏)	7	i.昭和 i.平成 i.令和																	
	変更後の 住民票住所	郵便番号			_				住所	(フリカ・ナ)	都 道 府 県			電話番	5号	(	)			
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地を ご記入ください。	郵便番号							住所					都府	道県					
	被扶着						被扶養者の生年月日						続	柄						
被																				
扶 養 者	変更後の 住民票住所	郵便番号			_				住所	(フリカ'ナ)			都府	道県		電話番	5号	(	)	
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地を ご記入ください。	郵便番号							住所					都府	道 県 -					
	被扶養者の氏名						被扶養者の生年月日						続	柄						
	(名)																			
	変更後の 住民票住所	郵便番号							住所	(フリカ・ナ)			都府	道県		電話番	· 号	(	)	
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地を ご記入ください。	郵便番号							住所					都府	道 県					