



【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	
①記号	②番号	③被保険者の氏名			④生年月日					
1 2 3 4	1 2 3 4	健保 太郎			大 昭 平	年 3 9	月 1 1	日 2 0		
⑤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	⑥郵便番号	1	2	3	4	5	6	7	⑧住所	(フリガナ) ヨコハマシマルクマルマルマチ123-4 マルマンション502コウ
	⑦電話番号	0 4 5 (〇〇〇)			1 2 3 4			神奈川県 横浜市〇〇区〇〇町1 2 3 - 4 〇〇マンション5 0 2 号		
⑨変更前	〒 234 - 5678 千葉県千葉市〇〇区〇〇1-2-3 〇〇コーポ201号									
⑩変更年月日	平成 〇年 〇月 1日				⑮備考					
⑪事業所所在地	〒 123-7890 東京都港区北青山〇-〇-〇					平成 〇年 〇月 〇日提出 [受付日付]				
⑫事業所名称	伊藤忠〇〇〇販売(株)					社会保険労務士の 提出代行者印				
⑬事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇									
⑭電話番号	0 3 (〇〇〇〇) 1 2 3 4									

* * * * *

④欄の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。
 ⑤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。
 ⑥欄は必ず記入してください。また、⑧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。
 お問合せは、当組合業務課(03-3662-9951)までご連絡ください。

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)



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
①記号	②番号	③被保険者の氏名		④生年月日			
		大 昭 平	年	月	日		
⑤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	⑥郵便番号	⑧住所		(フリガナ) 都道 府県			
	⑦電話番号	()					
⑨変更前	〒 -						
⑩変更年月日	平成 年 月 日		⑮備考				
⑪事業所所在地	〒 -		平成 年 月 日提出				[受付日付]
⑫事業所名称							
⑬事業主氏名							
⑭電話番号	()		社会保険労務士の 提出代行者印		㊟		

* * * * *

④欄の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。
⑤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。
⑥欄は必ず記入してください。また、⑧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。
お問合せは、当組合業務課（03-3662-9951）までご連絡ください。

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）