

健康保険

被保険者 住所変更届 被扶養者

常務理事	事務局長	部長(代)	係長	係

① 被 保 険 者	記号			番号			被保険者氏名						生年月日				変更年月日												
							(フリガナ)			(氏)			(名)			昭和 平成 令和							令和						
	変更後	郵便番号						住民票 住所			(フリガナ)																		
											都 道 府 県																		
	変更前	住 所			都 道 府 県																								
右記に該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください							<input type="checkbox"/> 全ての被扶養者と同居しています。※こちらに <input checked="" type="checkbox"/> した場合、下記②被扶養者欄の記入は不要です。																						

② 被 扶 養 者	被扶養者氏名		続柄	被保険者と	住民票住所（被保険者と同居の場合は記入は不要です。）														
	(氏)	(名)		同居 別居	〒	—	都 道												
								府 県											
	(氏)	(名)		同居 別居	〒	—	都 道												
							府 県												
(氏)	(名)		同居 別居	〒	—	都 道													
							府 県												

東京都自動車整備健康保険組合

事業主等	事業所等所在地
	事業所等名称
	事業主等氏名
	電 話

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者

受付印