

被保険者及び被扶養者 住所変更届

(被保険者証カードの添付は不要です。)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|------------|--------------|-----|--|--|--|--|------|----------------------|------|---|---|----|--|
| 被 保 険 者 欄 | 被保険者証の 記号 | | 被保険者証の 番号 | | | | | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 備考 | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | (名) | | | | | | 変更 年月日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | | 変更後の 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | |

被扶養者の住所変更欄 (被保険者と同じ住所の場合は被扶養者の住所の記入は省略できます。)

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----|------------|-----|-----|--|------|----------------------|---|---|---|----|---------|---------|
| 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | (フリガナ) | | (名) | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 | |
| | | 変更後の 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 被保険者と同居 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----|------------|-----|-----|--|------|----------------------|---|---|---|----|---------|---------|
| 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | (フリガナ) | | (名) | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 | |
| | | 変更後の 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 被保険者と同居 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----|------------|-----|-----|--|------|----------------------|---|---|---|----|---------|---------|
| 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | (フリガナ) | | (名) | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 | |
| | | 変更後の 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 被保険者と同居 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----|------------|-----|-----|--|------|----------------------|---|---|---|----|---------|---------|
| 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | (フリガナ) | | (名) | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 | |
| | | 変更後の 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 被保険者と同居 |

《注意事項》

- この届出書は、被保険者本人および被扶養者が住所を変更したときに、事業主を経由してリーガル健康保険組合へ提出するものです。
- 被保険者本人の「記号」、「番号」、「氏名」は必ず記入して下さい。
- 「住所」は現住所を記入して下さい。
- 被扶養者が被保険者本人と同じ住所の場合は、被扶養者の住所の記入は省略できます。「被保険者と同居 」欄にチェックを入れてください。
- 被扶養者のみ住所を変更する場合も、「住所変更届」を提出してください。
- 被保険者証カード等の添付書類は必要ありません。カード裏面の住所欄は本人が記入・訂正を行ってください。

| | | |
|------------|-----|--|
| 事業所 所在地 | 〒 - | |
| 事業所 名称 | | |
| 事業主 氏名 | Ⓜ | |
| 電話番号 | () | |

令和 年 月 日 提出 受付年月日

| | |
|--------------|---|
| 社会保険労務士の代行者印 | |
| | Ⓜ |

リーガル健康保険組合