

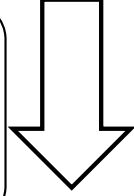
常務理事	事務長	担当	担当

## 任意継続健康保険 住所変更届

記号	番号	被保険者氏名	変更年月日
9999	56789	健保 元気	R ○○年 △△月 ○○日
<b>変更理由</b> (該当するものに○をつけて下さい。)		該当するものに○印をつけてください	
住 民 票 住 所	居 所		

<b>変更対象者</b> (該当するものに○をつけて下さい。)			
被保険者(本人) のみ	被保険者(本人)と 被扶養者(家族)全員	被扶養者(家族)全員	被扶養者(家族)の 一部

被保険者と被扶養者が別居の場合は、同居の場合とは扶養要件が違います。  
**被扶養者の年収が130万円(60歳以上または障害者は180万円)未満で、かつ、その額が被保険者からの仕送額より少ないこと。**  
 また、仕送りの確認のため、①振込依頼人(被保険者) ②受取人(被扶養者) ③金額 ④振込日  
 が確認できる預金通帳の写し等の**公的証明書** が必要となります。  
 要件を満たさない場合は扶養の**異動(削除)**をお願いいたします。



<b>被扶養者対象者氏名</b>				(被扶養者の一部の方のみ記入)
1	続柄		氏名	
2	続柄		氏名	被扶養者の一部の方のみ 変更の場合は記入
3	続柄		氏名	
4	続柄		氏名	
5	続柄		氏名	

※海外居住の場合は居所欄にご記入ください。

<b>変更後住所</b>	住 民 票 住 所	住 ( 〒 - )	変更後の住所・連絡先を記入
	居 所	居 ( 〒 - )	
	( TEL ・ 携帯TEL ) ※被保険者の変更のみ		
<b>変更前住所</b>	住 民 票 住 所	住 ( 〒 - )	変更前の住所を記入
	居 所	居 ( 〒 - )	

健保記入欄

受付年月日