

健康保険住所変更届

被保険者証の	記号	1	番号	12345	変更年月日	(西暦) 2024 年 12 月 2 日
被保険者氏名						生年月日
(フリガナ)	ゲンマ	タロウ	※被扶養者のみに変更がある場合も、被保険者の情報を太枠内に記入して下さい。			(西暦) 19×× 年 ○ 月 ○ 日
(氏)	群馬	(名)	太郎			
変更後住所	郵便番号					

※住所は住民票住所を記入。

被扶養者の住所変更欄						
続柄	氏名	(フリガナ)	ゲンマ	ケンタロウ	生年月日	(西暦) 20×× 年 ○ 月 ○ 日
長男	(氏)	群馬	(名)	健太郎		
変更年月日	(西暦) 2024 年 12 月 1 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (同居の場合はレを記入) (被保険者との同居に変更する場合も、下記変更後住所を記入してください。)				
変更後住所	郵便番号	〇〇〇〇〇〇〇	東京都豊島区〇〇〇			

続柄	氏名	(フリガナ)			生年月日	(西暦) 年 月 日
	(氏)		(名)			
変更年月日	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (同居の場合はレを記入) (被保険者との同居に変更する場合も、下記変更後住所を記入してください。)				
変更後住所	郵便番号					

続柄	氏名	(フリガナ)			生年月日	(西暦) 年 月 日
	(氏)		(名)			
変更年月日	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (同居の場合はレを記入) (被保険者との同居に変更する場合も、下記変更後住所を記入してください。)				
変更後住所	郵便番号					

続柄	氏名	(フリガナ)			生年月日	(西暦) 年 月 日
	(氏)		(名)			
変更年月日	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (同居の場合はレを記入) (被保険者との同居に変更する場合は、変更後住所は記入不要)				
変更後住所	郵便番号					

【注意事項】

- この届書は、被保険者本人と被扶養者が住所を変更した場合に事業主経由で群馬銀行健康保険組合に提出してください。
- 被保険者本人の「記号番号」・「変更年月日」・「氏名」・「生年月日」は必ず記入してください。
- 被扶養者のみの住所変更の場合は、被保険者本人の「住所」欄の記入は不要です。

事業主証明欄	上記の申請は、事実と相違ないことを証明します。
	(西暦) 年 月 日 所在地
	名称
	代表者氏名
※事業主(群馬銀行の場合は、部店長)の記名・職印で証明してください。	
事業主(群馬銀行の場合は部店長)の証明を受けてから提出して下さい。	
印	

常務理事	事務長	事務次長	担当者	処理日

受付日付印