令和　　年　　月　　日

愛鉄連健康保険組合　　殿　　　　　　　　**被保険者・被扶養者住所変更届**

注1）　健保への届出は、本様式で郵送、または、FAXにてご提出ください。（FAX：052-461-6135）

注2）　年金事務所（厚生年金保険）への届出は、別途、所定の様式｢厚生年金保険　被保険者住所変更届｣で管轄の日本年金機構事務センターに直接ご提出ください。

厚生年金保険の様式は、健保への届出にお使いいただけませんので、ご注意ください。

単身赴任など、被保険者のみ住所変更される場合は【□被保険者のみ変更】にチェックを入れてください。

**記入例**

被保険者・被扶養者の全員が住所変更される場合は、被保険者に○を付け被保険者の方のみ住所を記入し、【□被扶養者も全員変更】にチェックを入れてください。

被扶養者のみ住所変更される場合は被扶養者に○をつけ、ご記入いただき【□被扶養者のみ変更】にチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 記　号 |  |

事業所名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証番号 | 氏　名(どちらかに○を付けてください) | | 住　所(建物名や部屋番号など詳細に記入してください) | チェックを入れてください | 変更年月日 |
|  | 被保険者  被扶養者 |  | 〒　　　－ | □被保険者のみ変更  □被扶養者も全員変更  □被扶養者のみ変更 | 令和 　年 　月 　日 |
|  | 被保険者  被扶養者 |  | 〒　　　－ | □被保険者のみ変更  □被扶養者も全員変更  □被扶養者のみ変更 | 令和 　年 　月 　日 |
|  | 被保険者  被扶養者 |  | 〒　　　－ | □被保険者のみ変更  □被扶養者も全員変更  □被扶養者のみ変更 | 令和 　年 　月 　日 |
|  | 被保険者  被扶養者 |  | 〒　　　－ | □被保険者のみ変更  □被扶養者も全員変更  □被扶養者のみ変更 | 令和 　年 　月 　日 |
|  | 被保険者  被扶養者 |  | 〒　　　－ | □被保険者のみ変更  □被扶養者も全員変更  □被扶養者のみ変更 | 令和 　年 　月 　日 |

（R01.06）