

健康保険 被扶養者住所変更届

本部決済			事業所受付		
常務理事	事務長	係	課長	係長	係

注：網掛け欄を記入下さい。

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日			性別	資格取得年月日			
		フリガナ (自署)	昭和 平成	年	月	日	男・女	年	月	日
勤務している事業場の名称										

被保険者の住民票住所	住所変更の事由	住所変更年月日
〒		年 月 日

申請の対象となる被扶養者	被扶養者の氏名		生年月日				性別	続柄	変更後の被扶養者の住民票住所
	フリガナ	フリガナ	昭和 平成 令和					男・女	〒
	フリガナ	フリガナ	昭和 平成 令和					男・女	〒
	フリガナ	フリガナ	昭和 平成 令和					男・女	〒
	フリガナ	フリガナ	昭和 平成 令和					男・女	〒
	フリガナ	フリガナ	昭和 平成 令和					男・女	〒

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

上記の届出に相違ないことを証明します
年 月 日

受付日付印

東洋製罐健康保険組合理事長

(注意事項)

- この届出を提出するときは遠隔地に居住している、または居住する必要があることが確認できる書類を添付して下さい。
- 被扶養者(扶養している親族)が別居となる場合、生計維持している証拠(証明)として、生活費送金時の「振込依頼書(控)」を提出下さい。(学生・社命による単身赴任別居者は除く)
「振込依頼書(控)」に、送金日、送金者(被保険者本人)、受取人(扶養している別居家族)が明示されているもの。
送金者(被保険者本人)・受取者(扶養している別居家族)の氏名が異なっている場合は授受が証明にはなりません。また現金の手渡しも事実が確認できないため生計維持関係を証明できません。
生活費の送金以外に、被扶養者(扶養している別居家族)の住居費等の生活費を被保険者本人の口座引落としている場合、口座引落が確認できる契約書(申込書)等の写しも提出下さい。
毎年実施の「健康保険 被扶養者資格確認調査」において、生活費の送金額の証明書類を提出いただき被扶養者資格を確認いたします。送金額の証明書類は過去1年分を提出できるよう準備下さい。