| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 健康保険　被扶養者　住所変更届

※この届出は、変更があった日から5日以内に事業主経由でリクルート健保へ提出してください。
**※この届出で住所変更ができるのは被扶養者の方だけです。**被保険者の方は事業所の手続き方法に則って住所変更を行なってください。
**※今まで同居していた被扶養者が別居した場合は、直近1ヶ月分の送金証明（振込控えか書留の表紙コピー）を添付してください。**
※保険証を添付いただく必要はありません。保険証裏面の住所欄はご自身で記入・訂正をお願いいたします。

| 被保険者証の | | 被保険者氏名 | 被保険者の住所 |
|---|---|---|---|
| 記号 | 1 | 健保　太郎　健保 | 〒106－0001<br>東京都杉並区荻窪1－5－7 |
| 番号 | 1234 | | |

| 変更があった被扶養者氏名 | 続柄 | 変更年月日 | 変更後の住所 |
|---|---|---|---|
| 健保　花子 | 妻 | 平成30 年 4 月 1 日 | ☑ 変更後の住所 が被保険者と同じ（下記の記入は省略できます）<br>〒 |

| 変更があった被扶養者氏名 | 続柄 | 変更年月日 | 変更後の住所 |
|---|---|---|---|
| 健保　一郎 | 長男 | 平成30 年 4 月 1 日 | ☐ 変更後の住所 が被保険者と同じ（下記の記入は省略できます）<br>〒530-8240<br>大阪府大阪市北区梅田1－12－12 |

| 変更があった被扶養者氏名 | 続柄 | 変更年月日 | 変更後の住所 |
|---|---|---|---|
| | | 年　月　日 | ☐ 変更後の住所 が被保険者と同じ（下記の記入は省略できます）<br>〒 |

※本書に記入していただいた個人情報は適切に取り扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり提出します。

平成●●年　4 月　2 日

事業所所在地　〒104-0061　東京都中央区銀座8-4-17
事 業 所 名 称　(株)リクルート
事　業　主　名　人事部長　銀座太郎　代表者印　印

社会保険労務士の
提出代行者　印

受付日付印

H30.4