

常務理事	事務長	担当

健康保険 被扶養者住所変更届

※以下の太枠をご記入いただき、変更があった日から5日以内に事業所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(家族)のみです。被保険者の方は事業所の手続き方法にて住所変更を行ってください。
※今まで同居していた被扶養者が別居した場合は、直近1か月の送金証明(振込又は書留の控えのコピー)を添付してください。
(継続可能な場合は、後日2か月分を追加でご提出いただけます。)
※保険証を添付いただく必要はございません。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 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名				生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 居住住所 電 話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

変 更 を 申 請 す る 該 当 者	氏 名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	変更日	平成 令和 年 月 日	
	変更後 居住住所	<input type="checkbox"/> 変更後の居住住所が被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒				
	氏 名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	変更日	平成 令和 年 月 日	
	変更後 居住住所	<input type="checkbox"/> 変更後の居住住所が被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒				
	氏 名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	変更日	平成 令和 年 月 日	
	変更後 居住住所	<input type="checkbox"/> 変更後の居住住所が被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒				

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記の通り提出いたします。

令和 年 月 日

郵便番号 〒	事業主 住所 名称 氏名
社会保険労務士の提 出代行者名記載欄	

受付日付