被保険者 → 事業所健保担当（事業所欄押印のうえ）→ 健保

住友重機械健康保険組合　理事長　殿

提出日：　令和　7　年　〇　月　×　日

健康保険 住所変更届

健康保険組合が管理するご家族の住所情報は、被保険者の住所と同一です。よって単身赴任や、お子様の進学などでご家族の住所に違いが出る場合について、お手数ですが本書類をご提出ください。

※健保組合に登録されている住所は基本的に本人（被保険者）が属する事業所からいただいたデータで作成されています。

※この書類は、住民票の住所を変更した場合に必要です。確証の添付は不要です。

※住民票の変更がない場合（居住地変更のみ）は届出の必要はありません。

事業所欄		
事業所番号	事業所が記入する欄です。	
申請内容に相違がないことをご確認のうえ、事業所にて事業所印を押してください。 代表者印（マル印）不要		

健保組合		
常務理事	事務長	
担当者	担当者	

健保受付印

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者								
被保険者記号・番号	××××　－　123456			所属部署名	〇〇〇部×××課			
被保険者名	住重　健太　㊞ ※自筆の場合は捺印不要			生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
						××	××	××
				☎（日中連絡先）	03　－　××××　－　××××			

今回の住所変更情報について						
変更年月日	令和　7　年　〇　月　××　日　**※住民票住所の変更日を記載してください**					
対象者	☐　被保険者					
	☑　被扶養者	該当被扶養者氏名			続柄	
		住重　組子			長女	
新住所	☐　被保険者と同居	被保険者本人と同じ住所へ変更する場合は新住所欄の記入は不要				
	〒　〇〇〇　－　〇〇〇〇					
	ふりがな	とうきょうとしながわくおおさき××―××				
	東京都品川区大崎××ー××					
	注）住民票に記載されている通りに記入してください。「大字」「字」や番地表示など					
	電話番号	080	－	××××	－	××××
旧住所	〒　×××　－　××××					
	千葉県千葉市稲毛区長沼町〇〇ー〇〇					
	電話番号	080	－	××××	－	××××

令和6年12月改訂