

事業主印

決	常務理事	事務長	担当
裁			

## 健康保険住所変更届

記号	番号	被保険者氏名	Ⓜ	所属部署
----	----	--------	---	------

住所変更該当者	氏名	生年月日	性別	続柄	転居先住所	変更年月日
	フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月
	フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月
	フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月
	フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月
	フリガナ	昭平令 年 月 日	男・女	本人	〒	令和 年 月

届出事由欄に○で囲んでください。 1. 転居 2. 単身赴任の為 3. 単身赴任の終了による同居の為 4. 遠隔地の学校等入学の為 5. その他	届出理由等	※被保険者(本人)と被扶養者(家族)が長期に亘り住所又は居住を異にする場合、具体的に記入ください。
		①長期間別居する理由 例) 大学へ進学の為 ②遠隔地居住被扶養者への生計負担方法 例) 毎月振込による仕送りをしています ③生計負担額(仕送り額) 月額 _____ 円

令和 年 月 日 提出

住友ゴム工業健康保険組合 殿

### (注意事項)

※住所変更による被保険者証(保険証)の再交付はいたしません。届出をされた方は健康保険組合より「住所欄シール」を送付しますので、受け取られた方は住所欄に貼付のうえ新しい住所をご記入ください。  
※この住所変更届は健保の保健事業のために使用し、他の目的には使用しません。