

[Example]

Notice(Change) of Health Insurance Insured Address

# 健康保険 住所変更届

Health Insurance Card Symbol

Health Insurance Card Symbol

被保険者欄	被保険者記号	3003	被保険者番号	12345	理由	転居
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			電話番号	××× - ×××× - ××××
変更後住所	Zip Code	〒 355 - ××××			どちらかに○をしてください	
	Address(after the change)	埼玉県東松山市〇〇町〇丁目△番地××			<input checked="" type="radio"/> 居所と住民票住所が同じ <input type="radio"/> 居所のみ変更(住民票の添付なし)	
変更前住所	Zip Code	〒 355 - ××××			埼玉県東松山市△△町〇〇-〇 ××号室	
		Address(before the change)				



世帯全員を変更する場合は○をしてください(○をした場合は被扶養者欄の記入は不要です)

About dependent

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	理由
	Name(With katakana)		
変更後住所	Zip Code	〒 -	どちらかに○をしてください
	Address(after the change)		<input type="radio"/> 居所と住民票住所が同じ <input type="radio"/> 居所のみ変更(住民票の添付なし)
備考	Note		

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	理由
変更後住所	Zip Code	〒 -	どちらかに○をしてください
	Address(after the change)		<input type="radio"/> 居所と住民票住所が同じ <input type="radio"/> 居所のみ変更(住民票の添付なし)
備考			

年 月 日提出

受付年月日

ボッシュ健康保険組合

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

\*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website.