

# 健康保険 住所変更届

被保険者欄	被保険者記号		被保険者番号		理由	
	氏名	(フリガナ)			電話番号	— —
変更後住所	〒 —					どちらかに○をしてください <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)
変更前住所	〒 —					



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)

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		理由	
	変更後住所	〒 —			
備考					

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		理由	
	変更後住所	〒 —			
備考					

年 月 日提出

受付年月日

ポッシュ健康保険組合

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行う事はありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出して頂くことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問合せや開示請求等は、ポッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡下さい。※個人情報の取り扱いについてはホームページ【個人情報保護方針】もご覧ください。