

健康保険

被保険者・被扶養者

- 住所変更
- 氏名変更・訂正
- 生年月日訂正

届

健保使用欄				
承認伺	常務理事	事務長	担当責任者	扱者
処理日				

提出日：令和 2 年 4 月 1 日

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

記号	番号	被保険者氏名 ※自署の場合、押印不要
1	999999	山葉 健太 山葉

下記のうち、該当する項目のみ記入下さい。状況によっては、別途書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承下さい。

* 本人の住所変更 (本人の新住所を書いて下さい。保険証は添付不要。家族を伴う場合はA欄へ)

郵便番号	-	電話番号	- -	被扶養者と別居の場合、いずれかに ✓を付けてください <input type="checkbox"/> 会社都合による単身赴任 <input type="checkbox"/> 自己都合による単身赴任
カナ住所				
新住所				

* 家族の住所変更 (家族の新住所を書いて下さい。保険証は添付不要。)

被保険者と別居による住所変更の場合には、「仕送り明細書」と「送金事実の証明書」の添付が必要です。
(現金の手渡しは不可。子どもの進学による別居、または会社都合による単身赴任の場合、「仕送り明細書」等の添付は不要です。)

<電話番号等の個人情報については、家族健診、保健師による電話健康相談(配偶者限定)、保険証に係る事務以外には利用いたしません>

A <<住所変更対象者>> 下記に住所変更の対象者を記入下さい。なお家族全員の場合は、「家族全員」に ✓ をつけて下さい。

家族全員

対象者1:氏名	山葉 康太	続柄	長男
郵便番号	602 - 8345	電話番号 (日中連絡が取れる連絡先)	090 - 8001 - ××××
カナ住所	キョウトフ キョウトシ カミギョウク イチバンチョウ		
新住所	京都府京都市上京区一番町〇〇〇 アクトガーデンA-〇〇〇号室		
対象者2:氏名		続柄	
郵便番号	-	電話番号 (日中連絡が取れる連絡先)	- -
カナ住所			
新住所			

<<変更理由>> 該当する項目にチェック(✓)してください

<input type="checkbox"/> 引っ越しによる転居	<input type="checkbox"/> 家族が『別居』となった(施設入所等)
<input type="checkbox"/> 市町村の統廃合/住居表示の変更	<input type="checkbox"/> 家族を別居から『同居』に戻す
<input checked="" type="checkbox"/> 家族が『別居』となった(進学)	<input type="checkbox"/> その他()

下記、該当するものに ✓、及び右枠に必要な事項を記入ください

<input checked="" type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 短期大学	第 1 学年 在学中 ≪卒業見込み年月≫ 令和 6 年 3 月
<input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 予備校 <input type="checkbox"/> 専門学校	
<input type="checkbox"/> 海外留学※ <input type="checkbox"/> その他()	

※学生証等のコピー:和訳要

* 氏名変更・訂正(変更・訂正する方の保険証を添付下さい。なお本人の漢字を訂正する場合は家族分も含めて全て添付ください。家族全員の姓変更は、姓のみを記入し続柄欄に「全員」とご記入ください。)

変更・訂正前の氏名(旧または誤) (フリガナ)	続柄	変更・訂正後の氏名(新または正) (フリガナ)

* 生年月日訂正 (訂正する方の保険証を添付して下さい。)

訂正する方の氏名	続柄	訂正後の生年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所の名称

事業主の氏名

(任意継続の方は不要)

事業所・事業主のゴム印を押印ください

事業所担当者印	健保受付印