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

ヤマハ健康保険組合理事長　殿

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：平成　　年　　月　　日

記号	番号	被保険者氏名

下記のうち、該当する項目のみご記入下さい。状況によっては、別途書類の提出をお願いする場合も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。家族を伴なう場合は**A欄**へ）

郵便番号	－　　－	電話番号	－　　－
カナ住所			単身赴任の方は下記に「○」を付けて下さい
新住所			単身赴任

＊ 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」添付が必要。
（現金の手渡しは不可。子どもの進学による別居、または単身赴任の場合は添付書類不要）

郵便番号	－　　－	電話番号	－　　－
カナ住所			
新住所			

A

≪住所変更対象者≫下記に変更対象者をご記入下さい。 家族全員の場合は「家族全員」に○をつけて下さい。

家族全員　　1　　続柄　　2　　続柄

3　　続柄　　4　　続柄

≪変更理由≫ 該当の記号に○を付けて下さい。（①～⑥）

① 引越し等による転居
② 市町村の統廃合、又は、住居表示の変更
③ 家族が『別居』となった（施設入所等）
④ 家族が『別居』となった（進学） … 下記、該当するものに○、及び、右記に必要事項ご記入下さい。
⑤ 家族を別居から『同居』に戻す
⑥ その他 … ①～⑤に該当しない場合は理由をカッコ内へご記入下さい。
〔　　〕

大学　大学院　短期大学
高専　予備校　専門学校
海外留学　その他（　　）

第　　学年　在学中
≪卒業見込み年月≫ H　　年　　月

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

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

事業所担当者印	健保受付印

2016/04