

健康保険被保険者・被扶養者住所変更届(任意継続被保険者)

常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当

① 記号	② 番号	③ 被保険者氏名 (氏) (名)		④ 性別	⑤ 生年月日	⑥ この住所変更は (○印を付けてください)
				男 女	昭和 平成 年 月 日	1. 世帯全員 2. 本人のみ 3. 家族のみ
変更後住所	〒	フリガナ	変更前住所	〒	フリガナ	
TEL ()						

※ ⑥の欄で、「3.家族のみ」に○印を付けた方は、以下に記入してください。
 「1.世帯全員」または、「2.本人のみ」に○印を付けた方は以下については記入不要です。

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	変更後住所	変更前住所
	男 女		昭和 平成 令和 年 月 日	〒 -	〒 -
	男 女		昭和 平成 令和 年 月 日	〒 -	〒 -
	男 女		昭和 平成 令和 年 月 日	〒 -	〒 -
	男 女		昭和 平成 令和 年 月 日	〒 -	〒 -

東京金属事業健康保険組合
 受付日付印