

※被扶養者が、被保険者と同一タイミングで同一住所から同一住所へ変更される場合は、事業主から別途届出があるため提出は不要です。

健康保険組合		
長	長	担当者

健保受付

事業主(事業主代理人)記入箇所	
下記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。	
令和 年 月 日提出	
事業主所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	印

被保険者・被扶養者住所変更届 (住民票住所・居所住所)

関西電力健康保険組合 常務理事殿

被保険者番号		被保険者氏名		会社名・所属(任意継続被保険者は記入不要)	
被保険者 住民票住所	郵便 番号			(フリガナ)	
				都 道	
				府 県	
<p>●該当する項目に✓をいれてください。</p> <input type="checkbox"/> 被保険者の居所住所は上記に記入した住民票住所と同住所 <input type="checkbox"/> 被保険者の居所住所は上記に記入した住民票住所と別住所 ⇒ 下段の居所住所をご記入ください。□					
被保険者 居所住所 (留守宅住所)	郵便 番号			(フリガナ)	
				都 道	
				府 県	

※被保険者が単身赴任のため家族と別居している場合の家族が居住している住所

被扶養者の住所変更欄					
<p>●該当する変更項目に✓をいれてください。</p> <input type="checkbox"/> 住民票住所・居所住所両方とも変更する ⇒ A・Bともご記入ください。 <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更する ⇒ Aのみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 居所住所のみ変更する ⇒ Bのみご記入ください。					
被扶養者氏名		続柄		変更年月日	
				令和	年 月 日
※同時に同じ住所へ変更される被扶養者は以下の欄にご記入ください。					
被扶養者氏名		続柄		変更年月日	
				令和	年 月 日
被扶養者氏名		続柄		変更年月日	
				令和	年 月 日
被扶養者氏名		続柄		変更年月日	
				令和	年 月 日
A	変更後 住民票 住所	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住民票住所と同じ (フリガナ)			
	郵便番号			都 道	
				府 県	
B	変更後 居所 住所	<input type="checkbox"/> 上記被保険者居所住所と同じ (フリガナ)			
	郵便番号			都 道	
				府 県	
変更理由		<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()			