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	印
電話番号	

健康保険　被扶養者　住所変更届

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	所属（任意継続被保険者は記入不要）
	㊞	

被保険者住所（単身赴任の方は留守宅を記入）	郵便番号	ー	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 都 道 府 県

被扶養者の住所変更欄

被扶養者氏名	続柄	変更年月日	令和　年　月　日

変更後住所	□ 上記被保険者住所に同じ	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	郵便番号　ー	都 道 府 県
変更前住所	都 道 府 県	

被扶養者氏名	続柄	変更年月日	令和　年　月　日

変更後住所	□ 上記被保険者住所に同じ	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	郵便番号　ー	都 道 府 県
変更前住所	都 道 府 県	

被扶養者氏名	続柄	変更年月日	令和　年　月　日

変更後住所	□ 上記被保険者住所に同じ	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	郵便番号　ー	都 道 府 県
変更前住所	都 道 府 県	

被扶養者氏名	続柄	変更年月日	令和　年　月　日

変更後住所	□ 上記被保険者住所に同じ	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
	郵便番号　ー	都 道 府 県
変更前住所	都 道 府 県	

【備考欄】

（令和元年5月）