

健康保険 住所変更届（任継・特退用）

被保険者のみ 被扶養者のみ 被保険者と被扶養者

◎被保険者本人の「記号」「番号」「氏名」「生年月日」は必ず記入してください。

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号と番号		氏名		生年月日			変更年月日				
	記号	番号	氏	名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	令 和	年	月	日
	電話番号		(自宅)		(携帯)							
	メールアドレス (任意)											
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 -									
居住地 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -										

被 扶 養 者 1	氏名		続柄	変更年月日			備考				
	氏	名		令 和	年	月	日				
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 -		<input type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ場合はチェック (記入不要)						
居住地 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -									

被 扶 養 者 2	氏名		続柄	変更年月日			備考				
	氏	名		令 和	年	月	日				
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 -		<input type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ場合はチェック (記入不要)						
居住地 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -									

被 扶 養 者 3	氏名		続柄	変更年月日			備考				
	氏	名		令 和	年	月	日				
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 -		<input type="checkbox"/> 被保険者の住民票住所と同じ場合はチェック (記入不要)						
居住地 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -									

令和 年 月 日 提出

【注意事項】

- この届書は、被保険者および被扶養者が住民票住所もしくは居住地を変更された場合に、当健保組合に提出するものです。
- 被保険者の「記号」「番号」「氏名」「生年月日」は必ず記入してください。
- 被保険者と被扶養者が別居している場合は、生計維持関係の確認（送金等の事実確認）が必要となりますので、別途ご連絡いたします。
- 内容の確認にあたって、別途追加で書類をご提出いただく場合があります。

受付日付印

【提出先】

151-0053
東京都渋谷区代々木2-4-9 NMF新宿南口ビル6F (株式会社オクス内)
日本航空健康保険組合 健保事務センター
Tel : 03-6629-1140 Mail : tekiyou.kenpo@jal.com
※メールで提出する場合は、パスワード設定必須

常務理事	事務局長	リーダー	担当