

被扶養者が次に該当する時は、本人または事業所担当者をご提出ください

- 35 歳以上の方が新たに資格取得しとき
- 転居等により住所が変わったとき
- 35 歳になったとき

常務理事	事務長		担 当

## 被扶養者 住所新規登録・変更届 (保健事業用)

(変更の場合：転居日) (記入日または提出日)

変更日	令和 ××年 ××月 ××日	届出日	令和 ××年 ××月 ××日
記 号 ・ 番 号		事 業 所 名	
×××× ・ ×××		株式会社	
被保険者 氏 名		被扶養者 氏 名	
健 康 太 郎		健 康 花 子	

新規登録・変更後住所

〒	×××-××××
住所	(都(道) (府(県)) 市 区 ××丁目××-×× マンション×××
(マンション名・ビル名・部屋番号等正確にご記入ください)	

受 付 印