

住所変更届

住所・電話番号欄の記入について、該当する□に✓してください。

- 転居や区画整理などで変更する場合は、被保険者、被扶養者とも記入してください。
※織機の方は提出不要です。
- 単身赴任などの開始および終了で変更の場合は、被保険者のみ記入してください。
- 進学などの開始および終了で変更の場合は、被扶養者のみ記入してください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 2011 年 8 月 1 日

被保険者記入欄 (該当する□に✓)	保険証の記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎		
	連絡先	自宅:(0566) 21 - 1234			携帯:(090) 1234 - 5678				
	会社名	株式会社〇〇〇〇				変更日	2021 年 〇 月 〇 日		
	変更後 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	住所・電話番号					理由		
変更前	住所・電話番号					理由			
変更後 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	住所・電話番号					理由			
変更後	住所・電話番号					理由			

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

事業所 名称

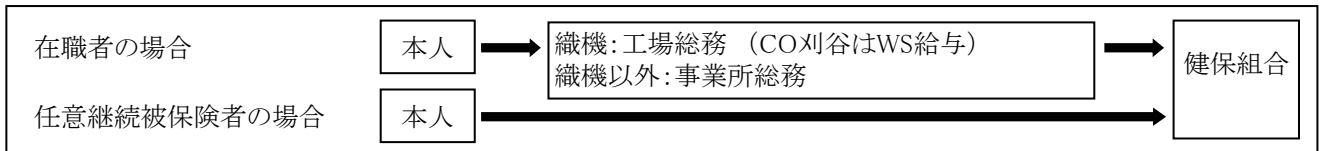
代表者氏名

(織機の各工場は総務部(室)長)

1. 注意事項

- ・ データ入力またはボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。
- ・ 住所変更される方のみご記入ください。
- ・ 被保険者と別居になった場合は、仕送り証明書が必要になります。仕送り証明書(6万円以上)を添付してください。(中学、高校生を除く15歳以上は必須、単身赴任の場合は不要)

2. 提出ルート



3. 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
外線 0566-21-7784
内線 70-4611

健保記入欄	決	事務長	GM	担当	健保受付印	総務受付印
	裁					