

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者・被扶養者住所届 (住民票住所)

<下記、申請する処理区分にチェックを入れてください>

処理区分	☐ 登録 ☐ 変更 ☐ 削除																
事業所番号	被保険者番号			被保険者・被扶養者の氏名						生 年 月 日				被保険者との続柄			
				(フリガナ) (氏名)						昭和 平成 令和							
住民票住所	郵便番号									住所	(フリガナ)						
登録(変更) 年月日	令和									備考	下記のいずれかにチェックを入れてください。 ☐ 世帯全員 ☐ 申請者のみ						

令和 年 月 日 提出

※ 被保険者本人からの直接のお届けは受理できません。事業主様よりお届けください。

受付日付印

事業所所在地	上記の内容について誤りがないことを確認しました。														
事業所名称															
事業主氏名															
電 話															
北越コーポレーション使用欄			新潟 長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社												

<R7.10月制定>