

常務理事	事務長	係	

健康保険 住所変更届

被保険者	被保険者記号・番号	被保険者の氏名		生年月日				Global ID
	-	(フリガナ) 氏	名	昭和 平成 令和				

※ 被保険者の住所変更はWAVE、Workdayにて行ってください。

被扶養者①	被扶養者の氏名		生年月日				被保険者と同居・別居	
	(フリガナ)		氏	名	昭和 平成 令和			□ 同居の開始 □ 別居の開始 (理由:)
	変更住所							
	郵便番号		都道府県					
変更年月日	令和	備考	□ 住民票住所及び現住所の変更 □ 現住所のみ変更 □ 住民票住所のみ変更					

被扶養者②	被扶養者の氏名		生年月日				被保険者と同居・別居	
	(フリガナ)		氏	名	昭和 平成 令和			□ 同居の開始 □ 別居の開始 (理由:)
	変更住所							
	郵便番号		都道府県					
変更年月日	令和	備考	□ 住民票住所及び現住所の変更 □ 現住所のみ変更 □ 住民票住所のみ変更					

被扶養者③	被扶養者の氏名		生年月日				被保険者と同居・別居	
	(フリガナ)		氏	名	昭和 平成 令和			□ 同居の開始 □ 別居の開始 (理由:)
	変更住所							
	郵便番号		都道府県					
変更年月日	令和	備考	□ 住民票住所及び現住所の変更 □ 現住所のみ変更 □ 住民票住所のみ変更					

以下に該当する場合、届け出が必要です。

被保険者と別居を開始するとき(単身赴任・進学を除く)
これまで別居していた被扶養者が被保険者と同居になるとき

【提出先】AIG健康保険組合 (郵送または社内便)

〒130-0013

東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイースト5階

AIG健康保険組合 宛

受付年月日