

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
	9999-999999	(フリガナ) ケンポ 氏 健保	タロウ 名 太郎	昭和 平成 令和	4	0	4	1

※ 被保険者の住所変更はWAVE、Workdayにて行ってください。

住所が変更になる扶養家族全員を記入してください
枠が足りない場合は2枚目を作成してください

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) ケンポ 氏 健保	ハナコ 名 花子	昭和 平成 令和	4	1	5	1	<input type="checkbox"/> 同居の開始 <input checked="" type="checkbox"/> 別居の開始 (理由: 両親の介護のため)
	変更住所	郵便番号 1300013	(フリガナ) トウキョウ スミダクキンシ 東京 都道府県 墨田区錦糸〇丁目×番△号					
	変更年月日	令和 6 4 1 0	備考	<input type="checkbox"/> 住民票住所及び現住所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 現住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 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) ケンポ 氏 健保	次郎 名 次郎	昭和 平成 令和					<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由:)
	変更住所	郵便番号	(フリガナ)	変更先の住所が被保険者と同一住所の場合は、記入省略可能				
	変更年月日	令和 6 4 1	備考	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所及び現住所の変更 <input type="checkbox"/> 現住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 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	昭和 平成 令和					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由:)
	変更住所	郵便番号	(フリガナ)	都道府県				
	変更年月日	令和	備考	<input type="checkbox"/> 住民票住所及び現住所の変更 <input type="checkbox"/> 現住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 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