

任意継続被保険者用

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					
	11 -				(フリガナ)				昭和 平成 令和					
					氏									名
	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				

被保険者と同住所の場合は、被扶養者の氏名・生年月日・被保険者と同居・別居欄のみ記載してください。

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)				昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由: )					
	氏												名	
	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				

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)				昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由: )					
	氏												名	
	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				

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)				昭和 平成 令和				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由: )					
	氏												名	
	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				

【提出先】AIG健康保険組合  
〒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