

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) 氏 名				昭和 平成 令和			
	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	

被保険者と同居の場合は、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)				氏 名				昭和 平成 令和			
	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)				氏 名				昭和 平成 令和			
	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)				氏 名				昭和 平成 令和			
	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

--