

常務理事	事務長	係	

健康保険 被扶養者住所変更届

被 保 険 者	被保険者等 記号-番号		被保険者の氏名		生年月日				Global ID
			(フリガナ)		昭和 平成 令和				
			氏	名					

※ 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)								昭和 平成 令和				☐ 同居の開始 ☐ 別居の開始 (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	☐ 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)								昭和 平成 令和				☐ 同居の開始 ☐ 別居の開始 (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	☐ 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)								昭和 平成 令和				☐ 同居の開始 ☐ 別居の開始 (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	☐ 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