

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	年 月 日	
	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	年 月 日	<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	年 月 日	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	年 月 日	<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	年 月 日	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	年 月 日	<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	年 月 日	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		

転居のほか、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