

りそな健康保険組合 御中

健康保険 住所等 変更・訂正届

保険証の 記号と番号	記号(4桁) 4010	被保険者(本人) 氏名・捺印 りそな 太郎	※印鑑は姓と同一をお願いします り 印 な
	番号 123456		
変更する箇所のみ記入			
		日中の連絡先電話番号(直通)を記入してください。	
変更対象者	変更前	変更後	変更事由
被保険者(本人)	〒 100 - 8112 東京都江東区木場1-5-65 TEL: 03 - 9999 - 8888	〒 540 - 8610 大阪市中央区備後町2-2-1 TEL: 06 - 1111 - 2222	転居
	被扶養者(家族)	同上	同上
被扶養者(家族)	氏名 りそな 花子	〒 - 同上	同上
	続柄(配偶者)	TEL: - -	
	氏名	〒 -	
	続柄	TEL: - -	
その他()	氏名	〒 -	
	続柄	TEL: - -	
事業所 所在地	上記の通り相違ないことを証明します。 大阪市中央区備後町2-2-1		
事業所 名称	株式会社りそな銀行 大阪営業部		
事業主 氏名	大阪営業部長 ○○ ○○		



- ※ 氏名、生年月日を変更・訂正する場合は「氏名等変更・訂正届」(別書式)を使用してください。
- ※ 以下の事業所に在籍する被保険者(本人)の住所については届出不要です。(事業所から提供を受けるため)ただし、被保険者(本人)が単身赴任等となった場合は被扶養者(家族)の住所を記入のうえ提出してください。
りそな銀行従業員組合 (1011)、株式会社りそなホールディングス (1043)
株式会社関西みらいフィナンシャルグループ (4004)
株式会社りそな銀行 (4010)、株式会社埼玉りそな銀行 (4017)、株式会社関西みらい銀行 (4159)

※ 住所訂正用シールの要否(どちらかを○で囲んでください)

○ 要 ・ 否	「要」の場合の必要枚数
	2 枚

【健保使用欄】

「被扶養者人数+1(本人分)」が上限です。

年 月 日	
検印	担当者