

【提出先】本人→社会保険担当部課→サンデン健康保険組合

常務理事	事務長	係	係

健康保険 住所変更届

被保険者証記号番号		被保険者氏名		連絡先（日中の連絡先）	
33 -				TEL (内線 -)	
事業所名			所属名		

該当する番号に○をつける

住所を 変更 する人	1. 被保険者のみ 2. 被扶養者の一部 3. 被扶養者全員 4. 被保険者及び被扶養者全員					
	2～4を選択した場合、変更となる被扶養者の氏名					
	氏名		続柄	氏名		続柄
変更する住所	1. 住民票住所と居住地住所 2. 住民票住所のみ 3. 居住地住所のみ					
住民票住所	〒		-		※番地や号等を省略せず、住民票に記載のとおり記入してください 都・道・府・県	
居住地住所	〒		-		※住民票住所と同じ場合は記入不要。 右欄の同上に○をつける 同上	
変更理由	1. 転勤 2. 転居 3. 単身赴任(開始・終了) 4. その他(理由を記入)					

事業主の証明		受付印
確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	処理:
この届出の記載事項について、事実と相違ないことを証明します。		
令和 年 月 日		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		