

住所変更届

取扱注意 秘密情報
複製禁止

受 付	登 録

決 裁 令 和 年 月 日				
常務理事	事務長	関係者	担 当	事業主担当印

再生紙（裏紙）での申請は不可

届出日は必ずご記入ください。

連絡先は業務時間内(9:00
~17:00)に連絡が取れる
番号(内線・PHS・外線等)
をご記入ください。

中部電力健康保険組合

被 保 険 者		令 和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 届 出	
記 号	1	名	会社名・所属・連絡先
番 号	56789		〇〇(株)△△支店 ××部××グループ ☎ ×××-××××
健 保 太 郎			
変 更 年 月 日		令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇	
〒〇〇〇-〇〇	転勤、転居等で住所が変更になった日をご記入ください。	〒△△△-△△△△	
変 更 後	愛知県名古屋市〇〇区△△町 ××1丁目2-3	変 更 前	岐阜県岐阜市〇〇区△△町 ××1丁目2-3
TEL (変更後の住所をご記入ください。	TEL (変更前の住所をご記入ください。

◎単身赴任の方のみ任意継続の方のみ電話番号をご記入ください。家族の居住する住所をご記入ください。

任意継続の方のみ電話
番号をご記入ください。

<住所変更された方へお願い>

ご本人またはご家族が、転居先の市町村において市町村実施の福祉医療の適用を受けている場合は、『公費負担適用者届』に受給者証の写しを添付のうえ、当組合までご提出ください。尚、届出を忘れずと当組合から支給した付加給付金をお返しいただくこととなりますので、くれぐれもご注意ください。

