

常務理事	事務長	課長	係

被扶養者 住所変更届

平成 年 月 日 提出

被保険者証 の記号番号	記号		フリガナ	
	番号		被保険者 氏名	印
被保険者の住所		〒	-	都道 府県
被扶養者	フリガナ			続柄
	氏名			
旧住所	フリガナ			TEL
	〒	—	都道 府県	
被扶養者の現住所	フリガナ			TEL
	〒	—	都道 府県	
被扶養者の現住所へ の転居日	平成 年 月 日			
備 考				

※30歳以上74歳以下の被扶養者であって下記条件に当てはまる場合にはご提出ください。

- ① 被保険者と同居していたが、別居することとなった場合
- ② 被保険者と別居していたが、同居することとなった場合
- ③ 被保険者と別居しており、被保険者と別住所に転居することとなった場合

受付日付印

- ・提出先…健康保険組合へ直接送付して下さい。
- ・提出期限…すみやかにご提出下さい。

オリンパス健康保険組合