

被保険者資格取得届
被扶養者異動届(認定申請)【添付用】

健康保険

被保険者
被扶養者

居所届

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員

※被保険者資格取得・被扶養者認定申請時に住民票住所と居所が異なる場合にご提出ください。

事業所記号	対象者氏名	続柄	郵便番号	居所
	(フリガナ)		-	(フリガナ)
			生年月日	都道府県
		昭・平・令		
	(フリガナ)		-	(フリガナ)
			生年月日	都道府県
		昭・平・令		
	(フリガナ)		-	(フリガナ)
			生年月日	都道府県
		昭・平・令		
	(フリガナ)		-	(フリガナ)
			生年月日	都道府県
		昭・平・令		
	(フリガナ)		-	(フリガナ)
			生年月日	都道府県
		昭・平・令		

事業所所在地	〒	-	
事業所名称			
事業主氏名			
電話		-	-

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄

愛知県情報サービス産業健康保険組合

【提出が必要な時】

被保険者資格取得届、被扶養者異動届(認定申請)申請時に、住民票住所と居所が異なる場合に添付してください。

【記入の方法】

1. 全ての項目を記入してください。
2. 被保険者番号を記入してください。資格取得と同時に居所登録を行う場合、被保険者番号欄は空欄で結構です。
3. 居所欄には、現在お住まいの住所を記入してください。

【記入例】

被保険者資格取得届
被扶養者異動届(認定申請)【添付用】

健康保険

被保険者
被扶養者

居 所 届

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員

事業所 記号	1	0	0	0	※被保険者資格取得・被扶養者認定申請時に住民票住所と居所が異なる場合にご提出ください。											
被保険者 番号	対象者氏名				続柄	郵便番号				居所						
123	(フリガナ) ケンボ タロウ				本人	4 6 0 - 0 0 0 3				(フリガナ) アイチケン ナゴヤシナカクニシキ2-2-13						
	健保 太郎					生年月日 0 2 0 4 0 1				愛知 都道 府県 名古屋市 錦2-2-13						
123	(フリガナ) ケンボ ハナコ				妻	-				(フリガナ)						
	健保 花子					生年月日 0 2 0 5 0 1				都道 府県 同 上						