

健康保険 住所変更届（任継・特退用）

様式6

◎被保険者欄の「記号」「番号」「被保険者氏名」「生年月日」「電話番号」は必ず記入してください。
(*) KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号と番号(*)		被保険者氏名	生年月日				変更年月日				
	記号	番号		5 7 9	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日
	電話番号		(自宅) (携帯)									
	メールアドレス (任意)											
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 -									
居住所 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -										

被 扶 養 者 1	被扶養者氏名		続柄	変更年月日				備考			
				令和	年	月	日				
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 - 被保険者と住所が同じ場合は「被保険者と同じ」と記入ください								
居住所 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -									

被 扶 養 者 2	被扶養者氏名		続柄	変更年月日				備考			
				令和	年	月	日				
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 - 被保険者と住所が同じ場合は「被保険者と同じ」と記入ください								
居住所 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -									

被 扶 養 者 3	被扶養者氏名		続柄	変更年月日				備考			
				令和	年	月	日				
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 - 被保険者と住所が同じ場合は「被保険者と同じ」と記入ください								
居住所 (住民票住所と住んでいる住所が違う場合)		〒 -									

令和 年 月 日 提出

- 【注意事項】
- ・この届書は、被保険者および被扶養者が住民票住所もしくは居住所を変更された場合に、当健保組合に提出するものです。
 - ・被保険者欄の「記号」「番号」「被保険者氏名」「生年月日」「電話番号」は必ず記入してください。
 - ・被保険者と被扶養者が住民票上（世帯分離含む）別居している場合は、
生計維持関係の確認（送金等の事実確認）が必要となりますので、別途ご連絡いたします。
 - ・内容の確認にあたって、別途追加で書類を提出いただく場合があります。

受付日付印

【提出先】
151-0053
東京都渋谷区代々木2-4-9 野村不動産新宿南口ビル6F（株式会社オックス内）
日本航空健康保険組合 健保事務センター
Tel：03-6629-1140 Mail：tekiyou.kenpo@jal.com
※メールで提出する場合は、パスワード設定必須

2024.12

常務理事	事務局長	リーダー	担当者