

# 健康保険扶養家族 住所登録・変更届

トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

提出日:令和 年 月 日

## 住民票記載の住所を変更した場合のみ、ご提出ください

- この申請書は、被扶養者(家族)が転居し、住民票上の登録住所を異動された場合にご提出ください。  
転居されても住民票上の登録住所を異動されない場合は、提出不要です。
- 被保険者(従業員)は、会社への届出となりますので、この申請書による届出は不要です。  
被保険者(従業員)と家族と一緒に転居する場合も同様です。
- お使いの保険証はそのままご使用いただけます。(健保の登録住所のみ変更させていただきます)

|                   |  |                 |    |    |
|-------------------|--|-----------------|----|----|
| 被保険者氏名<br>(従業員氏名) |  | 健康保険証の<br>記号と番号 | 記号 | 番号 |
| 勤務先<br>(任継者は記入不要) |  | 電話番号            |    |    |

|                  |                         |    |   |
|------------------|-------------------------|----|---|
| 被扶養者氏名<br>(家族氏名) |                         | 続柄 |   |
| 住所<br>(住民票登録住所)  | 〒 ー<br>【住民異動日:令和 年 月 日】 |    | 左記住所は従業員と <input type="checkbox"/> 同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる |

|                  |                         |    |   |
|------------------|-------------------------|----|---|
| 被扶養者氏名<br>(家族氏名) |                         | 続柄 |   |
| 住所<br>(住民票登録住所)  | 〒 ー<br>【住民異動日:令和 年 月 日】 |    | 左記住所は従業員と <input type="checkbox"/> 同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる |

|                  |                         |    |   |
|------------------|-------------------------|----|---|
| 被扶養者氏名<br>(家族氏名) |                         | 続柄 |   |
| 住所<br>(住民票登録住所)  | 〒 ー<br>【住民異動日:令和 年 月 日】 |    | 左記住所は従業員と <input type="checkbox"/> 同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる |

■提出ルート:申請者→健保組合

|          |   |
|----------|---|
| 提出先・問合せ先 | トヨタ自動車健康保険組合 医療保険室 資格認定グループ                                 |
|          | 郵便 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町 6-22                                 |
|          | 社内便 (健保) トヨタ自動車健康保険組合 資格認定 G                                |
|          | 電話 外線) 0565-28-0088 内線) 811-6-0565                          |
|          | F A X 0565-28-0150<br>《受付時間》平日 8:30~17:30 (12:30~13:30 を除く) |

|         |
|---------|
| トヨタ健保受付 |
|         |