

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険住所変更届

< 提出先 : ローソン健康保険組合 > ※下記のいずれかの方法でご連絡下さい。

- ①書面を送付    ②FAX (03-5759-5153)    ③メールに添付し、送付    [soumu@lawsonkenpo.or.jp](mailto:soumu@lawsonkenpo.or.jp)

被 保 険 者	被保険者証	記号	***		フリガナ 被保険者氏名	シナガワ タロウ <b>品川 太郎</b>	性別	男	生年月日	1985 年 7 月 7 日	電話番号	080-****-****
		番号	****									
	フリガナ 居所住所	トウキョウト シナガワクオオサキ 〒 141 - 0001 <b>東京</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">都道府県</span> <b>品川区大崎 * - * - *</b> <b>〇〇マンション101号室</b>										
フリガナ 住民票住所	居所住所と同じ場合は チェック→ <input checked="" type="checkbox"/> ※居所住所と異なる場合は住民票住所 を右欄にご記入ください。											
被 扶 養 者	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居 別居 の別	フリガナ 居所住所 (被保険者と別居の場合のみ記入) フリガナ 住民票住所 (居所住所と異なる場合のみ記入)						
	シナガワ ヒロト	男	2021 5 5	長男	同居	居所 〒 - 都道府県						
	品川 大翔	男	2021 5 5	長男	同居	別居 〒 - 都道府県						
						同居 〒 - 都道府県						
						別居 〒 - 都道府県						
						同居 〒 - 都道府県						
					別居 〒 - 都道府県							

建物名・部屋番号がある場合は省略  
せずにご記入ください。

該当する場合は  を入れてください。

※住所欄には、変更後の住所を記入してください。

受付日付印    
-----------------------