常務理事	事務長		係

宝グループ健康保険組合理事長　殿

健康保険住所変更届

令和　　年　　月　　日

被保険者等	記号		番号		被保険者 氏名・印	㊞

変更者氏名	変更後の住所	変更理由
	〒　　- TEL	
変更者氏名	変更後の住所	変更理由
	〒　　- TEL	
変更者氏名	変更後の住所	変更理由
	〒　　- TEL	
変更者氏名	変更後の住所	変更理由
	〒　　- TEL	
変更者氏名	変更後の住所	変更理由
	〒　　- TEL	

受付日付印

（注意事項）

※健康保険組合から下記への☑により必要な方には『住所欄シール』を送付しますので、住所を記入し貼付してください。

住所シール　　□　必要

※住所変更による被保険者証（保険証）の再交付はしません。

【個人情報の取り扱いについて】

記載の個人情報は、健康保険組合で厳重に管理し、正当な理由なく第三者への開示、譲渡および貸与することは一切ありません。

宝グループ健康保険組合