

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

① ※太枠内を記入してください。

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 住所変更届

② 提出日 令和 5 年 10 月 30 日

④

基本情報										※枝番(-00)記入は不要です。									
被保険者証の記号・番号										被保険者氏名					フリガナ				
記号			1	2	3	番号 (右詰め)			1	2	3	4	5	6	ケンコウ タロウ				
事業所名(任継・特退の方は記入不要)										健康 太郎					日中の連絡先 電話番号				
社名					所属					⑥									
従業員番号 (右詰め)					事業所コード					※事業所コードは、事業所健保担当者が記入									

申請内容(変更後)										※ 現住所(住民票住所)の変更のある方について、記入して下さい。																				
一般(従業員)の被保険者住所の変更は、届出不要です。 (会社から住所情報の提供を受けている為)										⑧ 変更年月日					令和 5 年 10 月 15 日															
⑦ 被保険者 (任継・特退のみ)										⑨ 郵便番号			1	2	3	-	4	5	6	7	⑩ 電話番号			市外局番		市内局番		番号		
⑪ 現住所										東京			<input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道		<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		〇〇区〇〇一丁目2番3号													

以下、家族用(一般(従業員)・任継・特退)

被扶養者 (家族、兄弟等)										⑫ 被扶養者名 (複数名記載可)					健康 花子、桃子					⑧ 変更年月日					令和 5 年 10 月 15 日				
⑨ 郵便番号										1	2	3	-	4	5	6	7												
⑬ 住民票住所										東京			<input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道		<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		〇〇区〇〇一丁目2番3号												

被扶養者 (家族、兄弟等)										被扶養者名 (複数名記載可)					変更年月日					令和 年 月 日							
郵便番号													-														
住民票住所										<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道		<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県															

<注意事項>

- 任意継続、特例退職被保険者の方で給付金振込先を変更する場合は、「給付金振込口座(変更)届」(健保指定帳票T-231)を提出して下さい。
- 特例退職被保険者の方で住所変更される場合は、添付書類として「住民票記載事項証明願」(健保指定帳票T-017)が必要です。

<送付先>

加入区分	送付先 [社外郵便]
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所 〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29 ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事)なんの木
任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合 〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1

事業所所在地	
事業所担当印	事業所名称
	事業主氏名

インプット	受付日付印

【被保険者記入・確認事項】

- ① 太枠内を正確に記入願います。
 - ② 提出年月日は必ず記入願います。
 - ③ 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。
 - ④ 被保険者氏名を自署願います。
 - ⑤ 一般(従業員)の場合のみ、被保険者の事業所名と従業員番号を記入願います。
 - ⑥ 連絡先を正確に記入願います。
 - ⑦ 任継・特退で被保険者の現住所(住民票住所)を変更する場合のみ、記入願います。
(注) 一般(従業員)の被保険者住所の変更は、届出不要です。(会社から住所情報の提供を受けている為)
 - ⑧ 住所の変更年月日を記入願います。
 - ⑨ 変更後の郵便番号を正確に記入願います。
(注) 郵便番号で住所の検索をし確認するため、相違のないよう記入願います。
 - ⑩ 変更後の電話番号を正確に記入願います。
 - ⑪ 変更後の現住所を正確に記入願います。
 - ⑫ 住所が同じ被扶養者は、複数記入頂けます。
 - ⑬ 変更後の住民票住所を正確に記入願います。
- ※ 再度記入漏れ等がないか確認のうえ、当健保へご提出ください。