

確認欄	内容を確認し、確認欄へチェック✓をしてください。
✓	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

## 健康保険 被保険者・被扶養者 転居届 105

被保険者・被扶養者が転居し、住民票を移しましたので提出いたします

保険証記号 123	保険証番号 456789	(住所) 〒 (転居先の住所)		
(被保険者氏名) ○○ ○○		資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望	(転居日) ○年 ○月 ○日	
(被扶養者の氏名)		(続柄)	(生年月日)	(同居の有無)
①	○○ ○○○	○○	昭・平・令 ○年 ○月 ○日生	同居・別居
資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望		〒	(被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。)	
②			昭・平・令 年 月 日生	同居・別居
資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行を希望		〒	(被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。)	
③			昭・平・令 年 月 日生	同居・別居
資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行を希望		〒	(被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。)	
④			昭・平・令 年 月 日生	同居・別居
資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行を希望		〒	(被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。)	

202412 改訂

南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿

上記届出について、事実相違ないことを証明します

事業主 所在地 (住所)  
名称 (会社名)  
氏名 (事業主名)

受付

- ※ 資格確認書発行を希望される場合は  をしてください。
- ※ 上記の個人情報、本人の同意なく健保事務以外に使用いたしません。