

健診案内送付先住所変更届

健診のご案内は、健保組合から被保険者（ご本人）が会社へ届け出ている現住所へ郵送致します。但し、ご家族が別の住所で暮らしている場合は、この用紙を提出することにより、直接ご家族のご住所へ郵送致しますので、該当の方は用紙を提出して下さい。

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--|----|--|-------------|------------|---|--|
| 記入日 | 平成 | | 年 | | 年 | | 日 | |
| 保険証記号・番号 | 記号 | | 番号 | | 会社名 (所属) | | | |
| | | | | | | 所属 | | |
| 被保険者氏名 (ご本人の氏名) | | | | | | 日中の 連絡先 | * 内線等をご記入ください | |
| 被扶養者氏名 (ご家族の氏名) | か | | | | | | * 40歳以上の被扶養者の方が対象 * 封筒の宛名となります * 同一住所に対象者が2名以上いる場合は、連名で結構です | |
| | 漢字 | | | | | | | |
| 変更後の 送付先住所 | 〒 | | | | — | | | |
| * 都道府県からご記入ください * マンション名等もご記入ください | | | | | | | | |
| 変更理由 | * 変更届を提出する理由に☑印をつけてください | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 単身赴任等により、被保険者の登録住所以外の住所に送付を希望するため <input type="checkbox"/> その他（理由 ） | | | | | | | | |

送付先

J S R 健康保険組合 特定健診担当 (電話：059-345-8004 内線：227-3047)

郵送：〒510-8552 三重県四日市市川尻町100番地

社内便：Y990 特定健診担当 FAX：059-345-8110 FAX内線：227-3042

FAX番号：059-345-8110 *この用紙をそのままファックスしてください