

健康保険 住所変更届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

(被保険者のみ 被保険者と被扶養者 被扶養者のみ)

◎ 保険者本人の「記号」「番号」「氏名」「生年月日」は必ず記入してください

被保険者欄	記号	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	変更年月日	平・令	年	月	日	前住所				
	変更後の住所	〒 - (フリガナ)								
	住民票住所 (異なる場合)									

被扶養者者欄1	続柄	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考	
	変更年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (被保険者本人と同じ住所へ変更する場合は被扶養者の住所の記入は省略できます)				
	変更後の住所	〒 - (フリガナ)								
	住民票住所 (異なる場合)									

被扶養者者欄2	続柄	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考	
	変更年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (被保険者本人と同じ住所へ変更する場合は被扶養者の住所の記入は省略できます)				
	変更後の住所	〒 - (フリガナ)								
	住民票住所 (異なる場合)									

被扶養者者欄3	続柄	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考	
	変更年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 (被保険者本人と同じ住所へ変更する場合は被扶養者の住所の記入は省略できます)				
	変更後の住所	〒 - (フリガナ)								
	住民票住所 (異なる場合)									

《注意事項》

- この届書は、被保険者本人および被扶養者が住所を異動したときに、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
- 被保険者本人と被扶養者が同じ住所へ変更する場合は、被扶養者の「住所」記入は省略できます。その場合は「被保険者本人と同居」欄にチェックを入れてください。
- 被扶養者のみ住所を変更する場合は、被保険者本人の「住所」記入は省略できます
- 住民票の住所が変更後住所と異なる場合には、「住民票住所」欄を記入して下さい。

事業所所在地	〒 - (フリガナ)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
