

健康保険 住所変更届

常務理事	事務長	係

(被保険者のみ 被保険者と被扶養者 被扶養者のみ)

変更する方にチェックを入れてください

◎ 被保険者本人の「記号」「番号」「氏名」「生年月日」は必ず記入してください。

◎ 油性の黒ボールペンで楷書で丁寧に記入ください。

令和 年 月 日 記入

被保険者欄	記号	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	変更後の住所	〒 - (フリガナ)		都道府県		電話番号 - -			
	変更年月日	令和	年	月	日	前住所			

被扶養者欄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	令和	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)		都道府県		電話番号 - -			

被扶養者欄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	令和	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)		都道府県		電話番号 - -			

被扶養者欄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	令和	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)		都道府県		電話番号 - -			

《注意事項》

- この届書は、被保険者本人および被扶養者が住民票を異動したときに、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
- 被保険者本人の「記号」「番号」「氏名」「生年月日」は必ず記入してください。
- 「住所」は現在の**住民票上の住所**を記入してください。また、「変更年月日」は住民となった年月日を記入してください。
- 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。
- 被保険者本人と被扶養者が別住所へ変更する場合、**仕送り証拠書類（3か月分）**を添付ください（被保険者の単身赴任は除きます）。
- 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。
- 記入欄が不足する場合、新たな住所変更届を利用してください。

事業所所在地	〒 -
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
