

健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

太枠内(②③④⑤⑥⑧)は必ず記入して下さい。

①被 保 険 者 欄	②事業所記号		③被保険者番号		④被保険者の氏名 (氏)				⑤被保険者の生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和				⑥住所変更の対象者(○印を付けてください) 1. 世帯全員 2. 被保険者のみ 3. 被扶養者のみ ※「3. 被扶養者のみ」に○印を付けた場合は、⑦欄をご記入下さい。 ※「1. 世帯全員」または「2. 被保険者のみ」に○印を付けた場合は、 ⑦欄の記入不要です。			
	変更後の 住民票住所		郵便番号						住所	(フリガナ) 都 道 府 県 電話番号 ()						
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地をご記入ください。		郵便番号						住所	都 道 府 県						

※⑥欄で、「3. 被扶養者のみ」に○印を付けた場合は、下記に記入が必要です。(3名以上は、裏面もご使用ください。)

⑦被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名 (氏)				被扶養者の生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和				続柄				
	変更後の 住民票住所		郵便番号						住所	(フリガナ) 都 道 府 県 電話番号 ()			
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地をご記入ください。		郵便番号						住所	都 道 府 県			
	被扶養者の氏名 (氏)				被扶養者の生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和				続柄				
	変更後の 住民票住所		郵便番号						住所	(フリガナ) 都 道 府 県 電話番号 ()			
	住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地をご記入ください。		郵便番号						住所	都 道 府 県			

⑧提 出 者 記 入 欄	〒	—
	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

社会保険労務士記載欄
氏名等

裏面

被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日				続柄	
(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和					
変更後の 住民票住所	郵便番号					住所	(フリガナ)
							都道 府県
							電話番号 ()
住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地をご記入ください。		郵便番号				住所	都道 府県
被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日				続柄	
(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和					
変更後の 住民票住所	郵便番号					住所	(フリガナ)
							都道 府県
							電話番号 ()
住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地をご記入ください。		郵便番号				住所	都道 府県
被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日				続柄	
(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和					
変更後の 住民票住所	郵便番号					住所	(フリガナ)
							都道 府県
							電話番号 ()
住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地をご記入ください。		郵便番号				住所	都道 府県

⑦ 被扶養者欄