

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	事務局長	課長	課長補佐	担当者
記入例:世帯全員・被保険者のみ					

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				⑤被保険者の生年月日				⑥住所変更の対象者(○印を付けてください)								
	1	2	3	4	99				健保 太郎				5.昭和 7.平成 9.令和	○	○	○	○	○	○	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 ○○○区○○○ 1-2-3 ○○○マンション404 電話番号 03(5555)6666										
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				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												

⑧提 出 者 記 入 欄	〒170-0000
	事業所所在地 東京都豊島区○○2-3-4
	事業所名称 ○×歯科医院
	事業主氏名 ○○ ○○
	電話番号 03-0000-0000

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

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 事務局長 課長 課長補佐 担当者
記入例：世帯全員・被保険者のみ
(変更後の住所と住民票住所が異なる場合)

太枠内(②③④⑤⑥⑦)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				⑤被保険者の生年月日				⑥住所変更の対象者(○印を付けてください)									
	1	2	3	4	99				健保 太郎				5.昭和 6.平成 9.令和	○	○	○	○	○	○	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) 〇〇 都道 〇〇〇区〇〇〇 1-2-3 〇〇〇マンション404 電話番号 03(5555)6666											
	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 △△△市△△△ 3-3-3											

※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				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	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											

⑧提 出 者 記 入 欄	〒170-0000
	事業所所在地 東京都豊島区〇〇2-3-4
	事業所名称 〇× 歯科医院
	事業主氏名 〇〇 〇〇
	電話番号 03-0000-0000

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

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	事務局長	課長	課長補佐	担当者
------	------	------	----	------	-----

記入例:被扶養者のみ

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				⑤被保険者の生年月日				⑥住所変更の対象者(○印を付けてください)			
	1 2 3 4				99				(氏) 健保 (名) 太郎				5.昭和 7.平成 9.令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○				1. 世帯全員 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 被保険者のみ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 被扶養者のみ <input type="checkbox"/> ※「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				被扶養者の生年月日				続柄							
	(氏) 健保 (名) 一郎				5.昭和 7.平成 9.令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○				子							
	変更後の 住民票住所				郵便番号				住所				(フリガナ) 都 道 府 県 ○○ 区○○○ 1-2-3 ○○○マンション404 電話番号 03(5555)6666			
	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 △△ 市△△△ 3-3-3			
⑧ 提 出 者 記 入 欄	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			

⑧ 提 出 者 記 入 欄	〒170-0000			
	事業所所在地 東京都豊島区〇〇2-3-4			
	事業所名称 ○×歯科医院			
	事業主氏名 ○〇 ○〇			
電話番号 03-0000-0000				

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	