

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事業所番号		③被保険者整理番号		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				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) (名)				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) (名)				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

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	
	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		