

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 事務副局長 課長 課長補佐 担当 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事業所番号 1 2 3 4				③被保険者整理番号 99				④被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 太郎				⑤被保険者の生年月日 5.昭和 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				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 (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	〒170-0000 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
	提出者記入欄	

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 事務副局長 課長 課長補佐 担当

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)

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 1 2 3 4				③被保険者整理番号 99		④被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 太郎		⑤被保険者の生年月日 5.昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 7.平成 <input checked="" type="checkbox"/> 9.令和 <input type="checkbox"/> ○ ○ ○ ○ ○ ○				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 ○○ 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											

※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	〒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：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事業所番号				③被保険者整理番号				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											1. 世帯全員 <input type="checkbox"/> 2. 被保険者のみ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 被扶養者のみ <input type="checkbox"/> <small>※「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。</small>
	変更後の 住民票住所				郵便番号																	住所 (フリガナ) 都道 府県
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										子								
	変更後の 住民票住所				郵便番号																住所 (フリガナ) 都道 府県
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																			
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 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