

健康保険 被保険者住所変更届

常務理事			担当者

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所整理記号	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()
社会保険労務士記載欄 氏名等		

被保険者欄	被保険者整理番号	氏名	フリガナ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女
	変更後	住民票の住所をご記入ください。								
	変更前	住所（同上の場合は記入不要）								
	変更年月日	令和 年 月 日	当該届出書の提出年1月1日の住民票住所	注1 同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市区町村			

注1. 変更後の住所と同じ場合は、同上にチェックを入れてください。その場合、同欄の住所記入は不要です。

記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

該当するものにチェックをしてください	<input type="checkbox"/>	被扶養者がいない	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者全員が同じ住民票である (同居している被扶養者の住所を一括で変更いたします)	※ 被扶養者数 () 人
	<input type="checkbox"/>	被保険者と被扶養者が同居住民票ではない場合	↓ 被扶養者の欄を記入

※ 欄は記入しないでください。

【被扶養者の住所変更届欄】

被保険者と被扶養者が同居住民票ではない場合のみ記入

被扶養者欄	氏名	フリガナ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	続柄
	変更後	住民票の住所をご記入ください。						
	変更前	住所（同上の場合は記入不要）						
	変更年月日	令和 年 月 日	当該届出書の提出年1月1日の住民票住所	注1 同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市区町村	

(R6.12)

受付日付印