

# 健康保険 被保険者・被扶養者住所変更届

健康欄	常務理事	事務長		担当者

令和 年 月 日 提出

受付年月日

事業主記載欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

社会保険労務士記載欄

被保険者の記号番号	記号	番号

**注意**

- 被保険者欄は記入必須項目です。被扶養者が3名以上で新たな用紙を使用する場合もご記入ください。
- 「居住地と同一」、「被保険者の居住地と同一」の場合は、□欄に「✓」を付けてください。その場合は右側の住所欄の記入は不要です。

今回の変更内容 (該当者および該当住所)	<input type="checkbox"/> 被保険者	: <input type="checkbox"/> 居住地および住民票	<input type="checkbox"/> 居住地のみ	<input type="checkbox"/> 住民票のみ	} 該当する□欄に「✓」を付けてください。
	<input type="checkbox"/> 被扶養者1	: <input type="checkbox"/> 居住地および住民票	<input type="checkbox"/> 居住地のみ	<input type="checkbox"/> 住民票のみ	
	<input type="checkbox"/> 被扶養者2	: <input type="checkbox"/> 居住地および住民票	<input type="checkbox"/> 居住地のみ	<input type="checkbox"/> 住民票のみ	

被保険者欄	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	転入年月日
			5.昭和 7.平成	9.令和
	変更後の住所 (居住地)	(〒 - )	都道府県	
	変更前の住所 (居住地)	都道府県		
	変更後の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 変更後の居住地と異なる場合は、ご記入ください 居住地と同一 (〒 - )	都道府県	
変更前の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 変更前の居住地と異なる場合は、ご記入ください 居住地と同一	都道府県		

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	転入年月日
			5.昭和 7.平成 9.令和	9.令和
	変更後の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/> 変更後の被保険者住所と異なる場合はご記入ください 被保険者の居住地と同一 (〒 - )	都道府県	
	変更前の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/> 変更前の被保険者住所と異なる場合はご記入ください 被保険者の居住地と同一	都道府県	
	変更後の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 変更後の居住地と異なる場合はご記入ください 居住地と同一 (〒 - )	都道府県	
変更前の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 変更前の居住地と異なる場合はご記入ください 居住地と同一	都道府県		

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	転入年月日
			5.昭和 7.平成 9.令和	9.令和
	変更後の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/> 変更後の被保険者住所と異なる場合はご記入ください 被保険者の居住地と同一 (〒 - )	都道府県	
	変更前の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/> 変更前の被保険者住所と異なる場合はご記入ください 被保険者の居住地と同一	都道府県	
	変更後の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 変更後の居住地と異なる場合はご記入ください 居住地と同一 (〒 - )	都道府県	
変更前の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 変更前の居住地と異なる場合はご記入ください 居住地と同一	都道府県		