

健康保険 被保険者・被扶養者住所変更届

令和 年 月 日 提出

健保欄	常務理事	事務長		担当者

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

※住民票の異動があった場合のみ「転入年月日（現住所に住所を定めた日）」をご記入ください。届出年月日とは異なりますのでご注意ください。

※「□居住地と同上」、「□被保険者住所と同上」の場合は、□欄に「✓」を付してください。その場合は右側の住所欄の記入は不要です。

被保険者欄	被保険者証	記号	番号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
					転入年月日 (住民票異動時)	9.令和	年	月	日
	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"/>	居住地と異なる場合は、ご記入ください		居住地と 同上	(〒 -)	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 同上	都道府県				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏) (名)	変更後の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/>	被保険者住所と異なる場合 (〒 -)		
		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			
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	変更後の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/>	居住地と異なる場合 (〒 -)
	転入年月日 (住民票異動時)	9.令和	年	月	日	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

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏) (名)	変更後の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/>	被保険者住所と異なる場合 (〒 -)		
		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			
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	変更後の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/>	居住地と異なる場合 (〒 -)
	転入年月日 (住民票異動時)	9.令和	年	月	日	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

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏) (名)	変更後の住所 (居住地)	<input type="checkbox"/>	被保険者住所と異なる場合 (〒 -)		
		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			
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	変更後の住所 (住民票)	<input type="checkbox"/>	居住地と異なる場合 (〒 -)
	転入年月日 (住民票異動時)	9.令和	年	月	日	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