

記入見本

健康保険 被保険者住所変更届

被 保 険 者	①事業所記号		②被保険者番号		ア 被保険者の氏名				③ 生年月日						
	1234		567		健保		太郎		5. 昭和	5	3	0	1	0	1
	7. 平成														
被 保 険 者	④ 郵便番号	(フリガナ)		変更年月日											
	変更後 530-0001	住所		大阪府大阪市北区梅田〇〇										令和 2年6月1日	
被 保 険 者	変更前	住所	大阪府大阪市中央区〇〇										備考		

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

被保険者と被扶養者が同住所の場合は⑤～⑨欄への記入は不要です。同居の場合は、下記の口欄に「レ」等のしるしを付してください。

(被保険者と被扶養者は同居している。)

被 扶 養 者	⑤被扶養者の氏名	⑥ 生年月日						⑦続柄	⑧住所	⑨変更年月日			
			5. 昭和								令和	年	月
		7. 平成								令和	年	月	日
		9. 令和								令和	年	月	日
		5. 昭和								令和	年	月	日
		7. 平成								令和	年	月	日
		9. 令和								令和	年	月	日
		5. 昭和								令和	年	月	日
		7. 平成								令和	年	月	日
		9. 令和								令和	年	月	日

(記入方法)

事業主印の押印については、署名(自筆)の場合は省略することができます。

その他については、以下の点にご注意のうえ、記入してください。

【大阪金属問屋健康保険に加入している方】

- 1 被保険者のみの住所変更の場合は、被扶養者の住所変更欄の記載は不要です。(レ印も不要)
- 2 被扶養者のみの住所変更の場合は、①～②、アおよび⑤～⑨を対象者別に記入のうえ提出してください。

※ 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)