常務理事	事務長	課　長	係　長	担当者

健康保険 被保険者住所変更届

◎記入方法は記載例をご覧ください。

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
					5. 昭和 7. 平成

変更後	④　郵便番号	住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	変更年月日
				令和　　年　月　日

変更前	住　所		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□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被扶養者者の氏名		⑥　生　年　月　日	⑦続柄	⑧住所	⑨変更年月日
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和			令和　　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和			令和　　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和			令和　　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和			令和　　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和			令和　　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和			令和　　年　月　日

〒

（事業主）
事業所等所在地
事業所名称
事業主等氏名
電　　話　　（　　）

令和　　年　　月　　日提出

社会保険労務士の提出代行者印

受付印