

健康保険

被保険者住所変更届

常務理事	部長	課長	課長代理	担当者

◎記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。	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					
	変更後	④ 郵便番号	住所 (フリガナ)								変更年月日
											平成 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、本人確認の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						平成 年 月 日
		7. 平成							
		5. 昭和						平成 年 月 日	
		7. 平成							
		5. 昭和						平成 年 月 日	
		7. 平成							
		5. 昭和						平成 年 月 日	
		7. 平成							

〒	
(事業所等所在地)	事業所名称
(事業主等氏名)	事業主等氏名
電 話	()
	印

平成 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印
印

受付印