

記入見本

健康保険 被保険者住所変更届

|                  |          |             |              |                         |           |          |   |    |    |         |   |   |
|------------------|----------|-------------|--------------|-------------------------|-----------|----------|---|----|----|---------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>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.<br>7.  | 昭和<br>平成 | 5 | 3  | 0  | 1       | 0 | 1 |
|                  | 変更後      | ④ 郵便番号      | 住所           | (フリガナ) オオサカフオオサカシキタクウメダ |           |          |   |    |    | 変更年月日   |   |   |
|                  | 530-0001 |             | 大阪府大阪市北区梅田〇〇 |                         |           |          |   |    | 平成 | 29年4月1日 |   |   |
| 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<br>扶<br>養<br>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 |  |  |  |  |     |     | 平成     | 年 | 月 |
|                  |          | 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     |       |  |  |  |  |     |     |        |   |   |

(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】

- 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)
  - 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。)