常務理事	部　長	課　長	課長代理	担当者

健康保険　　被保険者住所変更届

◎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 7. 平成

被保険者				変更年月日
変更後	④ 郵便番号	住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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			平成　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成			平成　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成			平成　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成			平成　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成			平成　年　月　日
			5. 昭和 7. 平成			平成　年　月　日

〒

（事業主）
事業所等所在地

事業所名称　　印

事業主等氏名

電話　　（　　）

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