

健康保険 被保険者 住所変更届

被扶養者

部長	課長	係長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	
記号	番号		
生年月日		変更年月日	
昭和・平成	年 月 日	平成・令和	年 月 日

住所変更する者 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(該当者を以下に記入) <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄
変更後の住所	フリガナ			
	〒			
	電話 ()			
変更前の住所	〒			
	電話 ()			

【注意事項】

- ・ 変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- ・ 変更後の住所の郵便番号は必ず記入してください。
- ・ 被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
- ・ 被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。□
- ・ この届は「保険給付および特定健診・特定保健指導」の目的以外では使用いたしません。□

令和 年 月 日

受付年月日

〒	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

(1.5)

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

健康保険 被保険者 住所変更届
被扶養者

記入例

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	
記号 1234	番号 567	健保 太郎	
生年月日		変更年月日	
昭和・平成 50 年 1 月 10 日		平成・令和 1 年 5 月 1 日	

住所変更する者 ※口にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ			
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(該当者を以下に記入)			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄
	健保 花子	妻	健保 健太	長男
変更後の住所	フリガナ トウキョウトクククマチ1チョウメ ククマンション102 〒 123-4567 東京都クク区クク町1丁目 ククマンション102 電話 03 (クククク) クククク			
変更前の住所	〒 123-4567 千葉県クク市クク町3丁目 ククアパート201 電話 04 (クククク) クククク			

【注意事項】

- ・ 変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- ・ 変更後の住所の郵便番号は必ず記入してください。
- ・ 被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
- ・ 被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。□
- ・ この届は「保険給付および特定健診・特定保健指導」の目的以外では使用いたしません。□

令和 1 年 5 月 10 日

〒 345-6789	
事業所所在地	東京都クク市クク町3-2-1
事業所名称	医療法人社団 クク会
事業主氏名	理事長 クク クク
電話番号	クク (クククク) クククク

主
印
業

(1.5)

社会保険労務士 の提出代行者印	印
--------------------	---

東京都医業健康保険組合