

# 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
電話番号 ( )

(3.2)

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--