

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 ※□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□□マチ1チョウメ □□マンション102 〒 123-4567 東京都□□区□□町1丁目 □□マンション102 電話 03 (□□□□) □□□□			
変更前の住所	〒 123-4567 千葉県□□市□□町3丁目 □□アパート201 電話 04 (□□□□) □□□□			

【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□□市□□町3-2-1
事業所名称	医療法人社団 □□会
事業主氏名	理事長 □□ □□
電話番号	□□ (□□□□) □□□□

(3.2)

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--