

# 健康保険 被保険者（被扶養者）住所変更届

専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者等		② 変更前の住所	
記号	番号	〒	—

③ 変更年月日	令和	年	月	日
---------	----	---	---	---

変更後住所の該当する下記□欄に「✓」をしてください  
住民票と居住所が同じ 住民票と異なる  
※住民票と異なるに「✓」した場合は居住所欄に記載してください

変更する方の□欄に「✓」をしてください ア.  被保険者 イ.  被保険者と被扶養者 ウ.  被扶養者

④ 変更後の住所	被保険者欄	(フリガナ)		続柄 本人	郵便番号		居住地	電話番号 自宅： ( ) 携帯： ( )
		(氏)	(名)					
		住民票住所と異なる理由			郵便番号		住民票住所	
※被保険者と被扶養者が同住所へ変更の場合は被扶養者欄への記入は不要です								
	被扶養者欄	(フリガナ)		続柄	郵便番号		居住地	電話番号 自宅： ( ) 携帯： ( )
		(氏)	(名)					
		備考			郵便番号		住民票住所	
		※同居する被扶養者 他 名						

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	( )	

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者



注) 健康保険資格確認書の裏面の住所は、各自で変更してください。