

秘密

審査	入力	一次	二次	発送

健康保険 被保険者 住所変更届
被扶養者

①	記号		番号		生年月日	昭・平	年	月	日
	(フリガナ) 氏名								

住所変更対象者 被保険者のみ 被保険者と被扶養者 被扶養者のみ

②	被 保 険 者	氏名		続柄	変更年月日
		変更後の住所	〒	本人	令和 年 月 日
		変更前の住所	〒		

③	被 扶 養 者	氏名		続柄	変更年月日
		変更後の住所	〒		令和 年 月 日

④	被 扶 養 者	氏名		続柄	変更年月日
		変更後の住所	〒		令和 年 月 日

〈注意事項〉

令和 年 月 日提出

- 住所は**住民票上の住所**を記入してください。
- 被保険者と被扶養者の住所が異なる場合は、仕送りの証明等を依頼する場合がございます。
- この届は「保険給付および特定健診・特定保健指導・マイナンバー制度情報連携」の目的以外では使用いたしません。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

受付日付印

社会保険労務士記載欄

--