

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	2 3 1 2	番号	1 1 1 1	生年月日	昭(平) 7 年 6 月 1 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	対象者にチェックを入れてください			

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	健保 太郎	続柄	本人	変更年月日	令和 5 年 6 月 1 日	
		変更後の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町					
		変更前の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町					

③	被扶養者	氏名		続柄		変更年月日	
		変更後の住所					

④	被扶養者	氏名		続柄		変更年月日	令和 年 月 日
		変更後の住所	〒				

〈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。

受付日付印

事業所所在地	横浜市中区〇〇町1-1-1
事業所名称	〇〇医院
事業主氏名	医従 太郎
電話	000-000-0000

社会保険労務士記載欄

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	2 3 1 2	番号	1 1 1 1	生年月日	7 6 1
	(フリガナ) ケンボ タロウ					昭(平) 年 月 日
氏名		健保 太郎			対象者にチェックを入れてください	

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	健保 太郎	続柄	本人	変更年月日	令和 5年 6月 1日
		変更後の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町		郵便番号は必ず記載してください		
		変更前の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町		変更年月日は、住所変更があった日を記入してください		

③	被扶養者	氏名	健保 花子	続柄	妻	変更年月日	令和 5年 6月 1日
		変更後の住所	同上				

④	被扶養者	氏名		続柄		変更年月日	令和 年 月 日
		変更後の住所	〒				

〈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	横浜市中区〇〇町1-1-1
事業所名称	〇〇医院
事業主氏名	医従 太郎
電話	000-000-0000

受付日付印

社会保険労務士記載欄

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	2 3 1 2	番号	1 1 1 1	生年月日	昭(平) 7 6 1 年 月 日
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				対象者にチェックを入れてください

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	健保 花子	続柄	変更年月日
		変更後の住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町	妻	令和 5年 6月 1日

④	被扶養者	氏名	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	横浜市中区〇〇町1-1-1
事業所名称	〇〇医院
事業主氏名	医従 太郎
電話番号	000-000-0000

受付日付印

社会保険労務士記載欄