

健康保険 被保険者 住所変更届  
被扶養者

太枠内は必ず記入してください。

被 保 険 者	① 記号	② 番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名	④ 生 年 月 日			
			(氏) _____ (名) _____	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
⑤ 変更後の住所	〒 _____						
	※居所(送付先)のみを変更する場合はチェックを入れてください→ <input type="checkbox"/>			⑥電話番号	-	-	
⑧ 扶養家族の有無 住所変更対象者	<input checked="" type="checkbox"/> を入れてください		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 変更対象者→ <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ			
被 扶 養 者	⑨ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑩続柄	⑪ 変更後の住所 ( 被 保 険 者 と 同 じ 場 合 は 記 入 不 要 )				
			〒 _____	電話番号 ( _____ )			
			〒 _____	電話番号 ( _____ )			
			〒 _____	電話番号 ( _____ )			

※健診の案内などを送付しますので、住所の変更があった場合は電話番号も記載のうえ、すみやかに届出をお願いします。

受 付 印

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