

正

健康保険 被扶養者住所変更届

|      |     |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |     |    |    |    |

|                    |                    |           |   |                |   |   |              |  |  |  |
|--------------------|--------------------|-----------|---|----------------|---|---|--------------|--|--|--|
| ① 健康保険<br>被保険者証の記号 | ② 健康保険<br>被保険者証の番号 | ③ 被保険者氏名  |   | ④ 生年月日         |   |   | ⑤ 被保険者と別居の理由 |  |  |  |
|                    |                    | フリガナ<br>氏 | 名 | 昭5<br>平7<br>令9 | 年 | 月 | 月            |  |  |  |

|   |                |    |                |    |                |    |
|---|----------------|----|----------------|----|----------------|----|
| ⑥ 変更後住所について<br>該当する口欄に「✓」をご記入ください<br><input type="checkbox"/> 住民票と居住所が同じ<br><input type="checkbox"/> 住民票と異なる(⑨住所をご記入ください) | ⑦ 住所変更する被扶養者 1 |    | ⑦ 住所変更する被扶養者 2 |    | ⑦ 住所変更する被扶養者 3 |    |
|   | 氏名             | 続柄 | 氏名             | 続柄 | 氏名             | 続柄 |

※被保険者と別居となる場合は、被扶養者であり続ける条件として、被扶養者の収入を上回る額の仕送りを開始する必要があります。  
仕送り証明書の写しをこの届に添付してください。(特定の別居理由の場合は同居とみなしますので、仕送り証明は不要です。「記入例裏面参照」)

|                 |        |   |  |          |      |   |  |  |  |  |
|-----------------|--------|---|--|----------|------|---|--|--|--|--|
| ⑧ 変更後の<br>住民票住所 | 〒 郵便番号 |   |  | フリガナ     |      |   |  |  |  |  |
|                 |        | — |  | 都道<br>府県 |      |   |  |  |  |  |
|                 | 自宅電話   | — |  |          | 携帯電話 | — |  |  |  |  |

|              |            |  |  |        |   |  |          |  |  |  |
|--------------|------------|--|--|--------|---|--|----------|--|--|--|
| ⑨ 変更後の<br>居所 | ※住民票と異なる理由 |  |  | 〒 郵便番号 |   |  | フリガナ     |  |  |  |
|              |            |  |  |        | — |  | 都道<br>府県 |  |  |  |

|             |    |   |   |         |
|-------------|----|---|---|---------|
| ⑩ 変更<br>年月日 | 年  | 月 | 日 | ⑪<br>備考 |
|             | 令和 |   |   |         |

令和 年 月 日 提出 受付年月日

|        |   |      |
|--------|---|------|
| 事業所所在地 | 〒 | —    |
| 事業所名所  |   |      |
| 事業主氏名  |   |      |
| 電話     | ( | 局) 番 |

|                |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者欄 |
|                |

副

健康保険

被扶養者住所変更届

|      |     |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |     |    |    |    |

|                    |                    |                         |                                   |              |
|--------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|
| ① 健康保険<br>被保険者証の記号 | ② 健康保険<br>被保険者証の番号 | ③ 被保険者氏名<br>フリガナ<br>氏 名 | ④ 生年月日<br>年 月 日<br>昭5<br>平7<br>令9 | ⑤ 被保険者と別居の理由 |
|--------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|

|   |                         |                         |                         |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ⑥ 変更後住所について<br>該当する口欄に「✓」をご記入ください<br><input type="checkbox"/> 住民票と居住所が同じ<br><input type="checkbox"/> 住民票と異なる(⑨居所をご記入ください) | ⑦ 住所変更する被扶養者 1<br>氏名 続柄 | ⑦ 住所変更する被扶養者 2<br>氏名 続柄 | ⑦ 住所変更する被扶養者 3<br>氏名 続柄 |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

※被保険者と別居となる場合は、被扶養者であり続ける条件として、被扶養者の収入を上回る額の仕送りを開始する必要があります。  
仕送り証明書の写しをこの届に添付してください。(特定の別居理由の場合は同居とみなしますので、仕送り証明は不要です。「記入例裏面参照」)

|                 |          |  |      |   |
|-----------------|----------|--|------|---|
| ⑧ 変更後の<br>住民票住所 | 〒 郵便番号   |  | フリガナ |   |
|                 | 都道<br>府県 |  |      |   |
| 自宅電話            | —        |  | 携帯電話 | — |

|               |                     |          |      |
|---------------|---------------------|----------|------|
| ⑨ 変更後の<br>居 所 | ※ 住 民 票 と 異 な る 理 由 | 〒 郵便番号   | フリガナ |
|               |                     | 都道<br>府県 |      |

|             |             |      |
|-------------|-------------|------|
| ⑩ 変更<br>年月日 | 年 月 日<br>令和 | ⑪ 備考 |
|-------------|-------------|------|

令和 年 月 日 提出

受付年月日

|        |         |
|--------|---------|
| 事業所所在地 | 〒 —     |
| 事業所名所  |         |
| 事業主氏名  |         |
| 電 話    | ( 局 ) 番 |

|                |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者欄 |
|                |