

正

健康保険 被保険者住所変更届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

① 健康保険 被保険者証の記号	② 健康保険 被保険者証の番号	③ 被 保 険 者 氏 名		④ 生 年 月 日		
		フリガナ 氏	名	昭和 平成 令和	年	月

⑥ 住所変更 する者 ※□に✓をご記入 ください	<input type="checkbox"/> ア. 被保険者および被扶養者全員 <input type="checkbox"/> イ. 被保険者のみ（被扶養者と別居となる場合は①備考欄に別居理由をご記入ください） ※ 被扶養者のみの場合は「被扶養者住所変更届」をご提出ください。	⑦ 変更後住所 について ※□に✓をご記入 ください	<input type="checkbox"/> A. 住民票と居所が同じ <input type="checkbox"/> B. 住民票と異なる（⑨居所をご記入ください）
-----------------------------------	---	-------------------------------------	---

⑧ 変更後の 住民票住所	〒 郵便番号		フリガナ	
			都 道 府 県	
自宅電話		携帯電話		

⑨ 変更後の 居 所	〒 郵便番号		フリガナ		※住民票と異なる理由
			都 道 府 県		

⑩ 変更 年月日	年 月 日	⑪ 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	
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 被保険者住所変更届

① 健康保険 被保険者証の記号	② 健康保険 被保険者証の番号	③ 被 保 険 者 氏 名		④ 生 年 月 日		
		フリガナ 氏	名	昭和 平成 令和	年	月

⑥ 住所変更 する者 ※□に✓をご記入 ください	<input type="checkbox"/> ア. 被保険者および被扶養者全員 <input type="checkbox"/> イ. 被保険者のみ（被扶養者と別居となる場合は①備考欄に別居理由をご記入ください） ※ 被扶養者のみの場合は「被扶養者住所変更届」をご提出ください。	⑦ 変更後住所 について ※□に✓をご記入 ください	<input type="checkbox"/> A. 住民票と居所が同じ <input type="checkbox"/> B. 住民票と異なる（⑨居所をご記入ください）
-----------------------------------	---	-------------------------------------	---

⑧ 変更後の 住民票住所	〒 郵便番号		フリガナ			
		—		都 道 府 県		
	自宅電話	—	—	携帯電話	—	—

⑨ 変更後の 居 所	〒 郵便番号		フリガナ			※住民票と異なる理由
		—		都 道 府 県		

⑩ 変更 年月日	年 月 日 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