

健康保険 被保険者・被扶養者住所変更届

常務理事	事務長	課長		担当

①被保険者証記号・番号	②被保険者氏名	③生年月日
		昭和 平成 年 月 日

④住所変更する方はどなたですか。 次の1～4のいずれか○をしてください。	1. 被保険者のみ	3. 被保険者と一部の被扶養者
	2. 被保険者と全ての被扶養者	4. 被扶養者のみ

⑤ ④で「3. 被保険者と一部の被扶養者」または「4. 被扶養者のみ」に○の場合は、住所変更する被扶養者の氏名を記入してください。

被扶養者の氏名 1	被扶養者の氏名 2	被扶養者の氏名 3	被扶養者の氏名 4

⑥被保険者と被扶養者が別居 となる場合はその理由	
-----------------------------	--

⑦変更前 住所	都 道 郡 市 府 県 区
------------	------------------

⑧変更後 住所	(フリガナ) 〒□□□□ - □□□□ 都 道 郡 市 府 県 区
------------	--

事業主証明欄	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

⑨変更年月日	令和 年 月 日
--------	----------

- 健康保険のご加入者に住所変更があった場合にご提出ください。
- 各項目を記入し、事業主の証明ののちご提出ください。
- 「⑥被保険者と被扶養者が別居となる場合」は、理由のほかに生計維持関係の確認ができる書類(金融機関へ振込した際の控えのコピー等、被保険者が被扶養者に対し生活費をいくら渡しているかの確認ができるもの)の添付が必要です。

受付印