

(事業所)
所在地 名称 事業主

事業所記号

常務理事	事務長	業務課長	係

令和 年 月 日 提出

健康保険 住所変更届

健保事務担当者確認欄

◎被扶養者のみ住所を変更する場合でも、被保険者欄の①～⑤は必ず記入してください。

被 保 険 者 欄	① 被保険者番号	② フリガナ 氏名	③ 生年 月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別
	⑥ 変更後の 住民票上住所					⑦ 変更 年月日	9. 令和 年 月 日
	⑧ 変更後の 居所住所					⑨ 変更 年月日	9. 令和 年 月 日

◎被扶養者欄の⑥の住所と被保険者欄の⑥の住所が同じ場合は☑してください。住所記入を省略できます。

被 扶 養 者 欄 ①	① 続柄	② フリガナ 氏名	③ 生年 月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別
	⑥ 変更後の 住民票上住所	被保険者欄⑥の住所と同じ <input type="checkbox"/>				⑦ 変更 年月日	9. 令和 年 月 日

被 扶 養 者 欄 ②	① 続柄	② フリガナ 氏名	③ 生年 月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別
	⑥ 変更後の 住民票上住所	被保険者欄⑥の住所と同じ <input type="checkbox"/>				⑦ 変更 年月日	9. 令和 年 月 日

被 扶 養 者 欄 ③	① 続柄	② フリガナ 氏名	③ 生年 月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別
	⑥ 変更後の 住民票上住所	被保険者欄⑥の住所と同じ <input type="checkbox"/>				⑦ 変更 年月日	9. 令和 年 月 日

被 扶 養 者 欄 ④	① 続柄	② フリガナ 氏名	③ 生年 月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別
	⑥ 変更後の 住民票上住所	被保険者欄⑥の住所と同じ <input type="checkbox"/>				⑦ 変更 年月日	9. 令和 年 月 日

(注意)

- この届出は、被保険者もしくは被扶養者が住民票上の住所を異動したとき、又は被保険者の居所住所が変更となった場合に、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
- 学生の方が引越しをされるような場合、住民票を異動するならば届出が必要となり、住民票の異動がなければ届出は不要です。
- 住民票上住所は住民票に記載されている内容をそのまま省略せずに記入してください。
- 被保険者証裏面の住所欄はご自身で記入、訂正ください。(二重線やシールで構いません)
- 当健保組合から郵送する場合は、被保険者の居所住所を優先とし登録がなければ被保険者の住民票上住所に送付いたします。
- 別居となる被扶養者(学生を除く)については、資格調査の際に生計維持関係があることの確認として送金事実の証明が必要となりますので証明書類を残すようにしてください。

受付印	
処理年月日	