

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	課長代理	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

被保険者情報	記号		番号	
	氏名	(フリガナ)		生年月日
				昭和 年 月 日 平成

住所変更する者 ※ □にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者全員
	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ
	<input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(該当者を以下に記入)
氏名:	(続柄:) 氏名: (続柄:)
氏名:	(続柄:) 氏名: (続柄:)

住所	変更区分 ※ □にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 現住所と住民票住所が同じ → ①変更後の現住所のみ記入
		<input type="checkbox"/> 現住所のみ変更
		<input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更 → ②住民票住所のみ記入
	① 変更後の現住所	〒 - 都道府県 市区町村 自宅電話: - - 携帯電話: - -
② 住民票住所	〒 - 都道府県 市区町村	

【注意事項】

- ・郵便番号は必ず記入してください。
- ・住所変更をする者および住民票の所在地の"□"には、当てはまるものに必ずチェックを入れてください。
- ・一部被扶養者の住所を変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄を記入してください。