

# 健康保険 被保険者 住所変更届

## 被扶養者

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名(自署)	
記号	番号		
生年月日		変更年月日	
昭和・平成	年 月 日	令和	年 月 日

住所変更する者 ※該当する口にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(該当者を以下に記入) <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄
変更後の住所 □ 住民票住所 □ 住民票住所以外の居所 ※該当する口にチェックを入れてください	フリガナ 〒 電話 ( )			
変更前の住所 □ 住民票住所 □ 住民票住所以外の居所 ※該当する口にチェックを入れてください	〒 電話 ( )			

### 【注意事項】

- ・ 変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- ・ 変更後の住所の郵便番号は必ず記入してください。
- ・ 被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。

令和 年 月 日

受付年月日

事業所所在地 〒
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ( )