

健康保険 被保険者 住所変更届  
被扶養者

黒のボールペンで記入してください。  
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名(自署)	
記号 123	番号 456	健保 太郎	
生年月日		変更年月日	
昭和・平成 60年 12月 12日		令和 〇年 4月 1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 checked="" 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
	健保 花子	妻	健保 健太	長男
変更後の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 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 トウキョウト〇〇ク〇〇マチ1チョウメ1 〇〇マンション102 〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1丁目-1 〇〇マンション102 電話 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇			
変更前の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 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	〒 278-9654 千葉県〇〇市〇〇町3丁目-1 〇〇アパート201 電話 04 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇			

【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 〇年 4月 10日

〒 123-4567
事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町1-2-3
事業所名称 医療法人社団 〇〇
事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇
電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇