

| | | | | | | |
|------|-----|-------|-------|----|---|--------|
| 常務理事 | 事務長 | 部長・代理 | 課長・代理 | 係長 | 係 | 決 裁 |
| | | | | | | |

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 提出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

健康保険被保険者・被扶養者住所変更届

| | | | |
|-------------------------|--|--------|------------|
| 被保険者等 記号・番号 (右づめ) | 記号 | 番号 | 被保険者 氏名 |
| 変更日 | 令和 | 年 月 日 | |
| 住所変更する者 (□に✓をしてください) | <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者 ※該当する被扶養者を以下に記入 <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ ※該当する被扶養者を以下に記入 | | |
| | | 被扶養者氏名 | 続柄 |
| | 1 | | 4 |
| | 2 | | 5 |
| 3 | | 6 | |
| 変更後の 住所 | 郵便番号 | — | |
| | 住所 | | |
| 上記住所は住民票住所 と同じですか | <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる※上記住所と住民票住所が異なる場合は下記に記入してください | | |
| 住民票住所 (異なるに✓した場合) | 郵便番号 | — | |
| | 住所 | | |

- 注 1. この届書は、被保険者(本人)および被扶養者(家族)が住所を変更したときに、事業主を経由して提出してください。
2. 進学等により子の住所を変更する場合、提出は不要です。
3. この届により得た情報は、健康保険の適用・給付・保健事業の業務目的以外には利用いたしません。

受付印