

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

被保険者の 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		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. 健康保険証裏面の住所欄は被保険者本人が記入・訂正を行ってください。
4. 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
└───────────┘