

事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

提出日	令和	9	9	1	2	3	1
-----	----	---	---	---	---	---	---

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	9	9	9	番号	9	9	9	9	被保険者 氏名	健保 太郎				
変更日	令和	9	9	1	2	3	1								
住所変更する者 (□に✓をしてください)	<input checked="" 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														
	被扶養者氏名										続柄		続柄		
	1	健保 花子										妻			
	2	健保 健太郎										子		5	
	3													6	
変更後の 住所	郵便番号	9	9	9	-	9	9	9	9						
	住所	静岡市駿河区西島〇〇〇〇													
上記住所は住民票住所 と同じですか		<input type="checkbox"/> 同じ <input checked="" 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	9	9	9	-	9	9	9	9						
	住所	静岡市駿河区曲金〇〇〇〇													

当組合に加入していない家族
や扶養から外れる場合は記入
不要です

変更後の住所と住民票住所が
異なる場合は、住民票を変更
しない場合でも記入してくだ
さい

- 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