

健康保険被保険者取得時 居所届

| | |
|--------|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| |
|--------------|
| 社会保険労務士の代行者印 |
| |

注 取得届には、住民票住所を記入してください

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|------|----------|------------------|--------------------------------|----------|------|------|----|----|--|--|--|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号 | | 被保険者証の番号 | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 備考 | | | |
| | 氏名 | (氏) | (名) | | | | | | | | | | |
| | 居所住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 住民票住所 | | 都道府県 | 市区町村 | 当該届出書の提出年1月1日の住所 | 同左 <input type="checkbox"/> | | 都道府県 | 市区町村 | 備考 | | | | |

| | |
|----|--|
| 理由 | |
|----|--|

被扶養者の方が加入の場合は下記の該当に記載等をお願いいたします。

該当にチェック☑を入れてください。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|--|--|------|----------------|--|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 被保険者本人のみ住所を変更する | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 被扶養者全員の住所を変更する | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 下記の該当者のみ被保険者と同じ住所へ変更する | | | | | | | | | | |
| | 被扶養者氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 被扶養者氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 被扶養者氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 被扶養者氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 被扶養者氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |

| | |
|---------|--|
| 健保組合使用欄 | |
|---------|--|

| | |
|-----|--|
| 受付印 | |
|-----|--|