

健康保険 被保険者 住所変更届 被扶養者

常務理事	事務長	総務課長	担当

令和 年 月 日提出

受付年月日

提出者記入欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

社会保険労務士記載欄

「住所変更する者」欄と「居所」欄の □ には、当てはまるものに必ずチェックを入れてください。

記号・番号	事業所記号	被保険者整理番号	生年月日
被保険者氏名	(フリガナ) (氏名)		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住所変更する者	<input type="checkbox"/> 被保険者 および 被扶養者全員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (該当者を以下に記入)		
	氏名: (続柄:)		氏名: (続柄:)
	氏名: (続柄:)		氏名: (続柄:)
	※ 被保険者・被扶養者のどちらかのみ住所変更をすることにより別居となる場合は、被扶養者であり続ける条件として仕送りを開始する必要があります。後日、仕送り証明の提出を依頼する場合がありますので、銀行振込等で必ず記録に残る形で、仕送りをしてください。		
住所	住民票上の住所	〒 -	
	居所	<input type="checkbox"/> 住民票上の住所と同じ 〒 - <input type="checkbox"/> 住民票上の住所と相違 (右に記入)	

※ 建物名、部屋番号は省略せずに記入してください。

自宅電話: - - 携帯電話: - -

※ 建物名、部屋番号は省略せずに記入してください。

住民票住所と突合しますので、記入にあたりましては正確な表記をお願いします。