

健 保 押 印 欄	常務理事	事務長	担 当	担 当

健康保険 被保険者 住所変更届 被扶養者

令和 年 月 日 提出

被保険者等	記号	番号	被保険者の氏名		
住民票の住所を変更する者 ※ □にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者本人のみ <input type="checkbox"/> 被保険者本人 および 被扶養者全員 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ（該当者を以下に記入）				
	該当の被扶養者氏名		続柄	該当の被扶養者氏名	
変更後の 住民票 住所	郵便番号	—	変更年月日	令和	年 月 日
	フリガナ				
	住民票住所				
	※ TEL	—	—	※ 任意継続保険に加入の方のみ記入	
変更前の 住民票 住所					

- ◎ 下記書類（① か ② のいずれか）を添付し、各事業所の人事（総務）経由でご提出ください。
 ① 住民票のコピー ② 運転免許証（両面）のコピー
- ◎ 保険証裏面の住所欄は、各自で記入・訂正してください。

【注意事項】

- ・ 住所欄は、住民票の表記通りの住所（○丁目○番地 等）を記入してください。
- ・ 変更年月日は、住民票住所の変更があった日を記入してください。
- ・ 被保険者と被扶養者の住所が異なる場合、仕送り証明等の提出を依頼することがあります。

事業所所在地	上記のとおり相違ありません
事業所名称	
事業主氏名	

健 保 受 付 印