

# 健康保険 被保険者 住所変更届 被扶養者

被保険者の記号番号		被保険者の氏名																					
記号	番号																						
生年月日		変更年月日																					
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和	年 月 日																				
被保険者のマイナンバー																							
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																							

住所変更する者 ※□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ			
	<input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者(該当者を以下に記入)			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者のみ(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄
変更後の住所	フリガナ			
	〒			
		電話		
変更前の住所	〒			
				電話

## 【注意事項】

- ・変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
- ・変更後の住所の郵便番号は必ず記入してください。
- ・被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
- ・被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。
- ・この届は「保険給付および特定健診・特定保健指導」の目的以外では使用いたしません。

令和 年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	

常務理事	事務長	担当	担当