

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 1141	番号 111111										
被保険者の氏名 堺 太郎											
生年月日	変更年月日										
<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 年 1 月 1 日										
令和 3 年 4 月 1 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></tr></table>											※マイナンバーの記述は任意です。 必須ではありません。

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 checked="" 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
	堺 花子	妻	堺 次郎	子
変更後の住所	フリガナ			
	〒 222-2222 △△県△△市△△2-2-2 電話 222-222-2222			
変更前の住所	〒 111-1111 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1 電話 111-111-1111			

【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	

← こちらは記入の必要ございません。

常務理事	事務長	担当	担当