

健康保険 被保険者・被扶養者住所変更届

事業主記入欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ( )

常務理事	事務長	係員	担当者

健保受付印

確認者 (担当者印)

被保険者本人の届出意思を確認しました。  
上記に印がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

被保険者・届出者	被保険者記号	氏名 (フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日
	被保険者番号	被保険者住所		平成			
	変更日	令和	年	月	日	変更理由	備考

被扶養者住所変更欄

その他の被扶養者は、被保険者及び被扶養配偶者と同居の場合、  
 点をし住所欄を空欄で届出してください。

別居の場合は仕送証明を添付してください。

被扶養配偶者	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日
	同居・別居の別	被扶養者住所		平成			
	変更日	令和	年	月	日	変更理由	備考

その他の被扶養者 1	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日
	同居・別居の別	被扶養者住所		平成			
	変更日	令和	年	月	日	変更理由	備考

その他の被扶養者 2	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日
	同居・別居の別	被扶養者住所		平成			
	変更日	令和	年	月	日	変更理由	備考