

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

健康保険 **任意継続** 被保険者 被扶養者 **住所変更届**

居住所に変更があった場合、本紙の提出が必須となります。

- ・住民票住所…年1回、健保にて住基情報より住民票登録住所を取得しております。
(住民票住所のみの変更であれば、提出不要です。)
- ・居住所…本紙を用いて、住所変更の届け出をお願いします。

※住民票住所を変更する際は、健保への申請前に、市区町村役所等において、住民票およびマイナンバーカードの住所変更が必要です。

| | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|-------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|---|
| 被 保 険 者 情 報 | 健康保険の 記号・番号 ・枝番 | 記号 | 番号 | 枝番 | | | |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 1.昭和 2.平成 3.令和 | 年 月 日 生まれ |
| | 変更後住所 <small>※被保険者住所に 変えない場合は 現住所を記入</small> | 〒 | | | 変更年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 変更対象 <small>※複数選択可</small> | <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 居住所 | 住民票の 届出※ | <input type="checkbox"/> 変更済 | マイナンバー カードの 届出※ | <input type="checkbox"/> 変更済 | ※のついた項目については、住民票住所を変更する場合、ご記入ください。 健保への申請前に、市区町村役所等において、住民票およびマイナンバーカードの住所変更が必要です。 |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|---|
| 被 扶 養 者 情 報 | 氏名 | | | | 生年月日 | 1.昭和 2.平成 3.令和 | 年 月 日 生まれ |
| | 変更後住所 | <input type="checkbox"/> 変更後の住所が被保険者と同じ(住所の記入省略可) 〒 | | | 変更年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 変更対象 <small>※複数選択可</small> | <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 居住所 | 住民票の 届出※ | <input type="checkbox"/> 変更済 | マイナンバー カードの 届出※ | <input type="checkbox"/> 変更済 | ※のついた項目については、住民票住所を変更する場合、ご記入ください。 健保への申請前に、市区町村役所等において、住民票およびマイナンバーカードの住所変更が必要です。 |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 1.昭和 2.平成 3.令和 | 年 月 日 生まれ |
| 変更後住所 | <input type="checkbox"/> 変更後の住所が被保険者と同じ(住所の記入省略可) 〒 | | | 変更年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 | |
| 変更対象 <small>※複数選択可</small> | <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 居住所 | 住民票の 届出※ | <input type="checkbox"/> 変更済 | マイナンバー カードの 届出※ | <input type="checkbox"/> 変更済 | ※のついた項目については、住民票住所を変更する場合、ご記入ください。 健保への申請前に、市区町村役所等において、住民票およびマイナンバーカードの住所変更が必要です。 | |

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

受付日付