

常務理事	事務長	担当

健康保険 被扶養者 住所変更届

健保からの郵送物の発送に使用します。
被扶養者の住所に変更があった場合、本紙の提出が必須となります。
 ただし、住所変更前後共、被保険者と同居である場合は、提出不要です。

■健保登録住所について

住民票住所…年1回、健保にて住基情報より取得しております。

居住所…在職中の被保険者の方は、月1回、事業所を通じて届け出いただいています。

被扶養者の方は、健保へ届出をお願いします。（被保険者と同居である場合除く）

※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	事業所の名称	会社名
	氏名				生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	住所	〒				

被扶養者情報	氏名				生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和	
	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 ※複数選択可	<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 年 月 日 生まれ 3. 令和	
	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	

※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。

上記の通り提出いたします。

令和 年 月 日

事業主 氏名	郵便番号 〒 住所 名称 氏名
社会保険労務士の提出 代行者名記載欄	

受付日付