

健康保険 被保険者住所変更届

常務理事	事務長	担当者

◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。

被保険者等記号・番号				個人番号				ア. 被保険者の氏名 (フリガナ)				生年月日			
								昭和 平成 令和							
変更後	郵便番号			住所			(フリガナ)				都道府県				
変更前	住所			都道府県											
変更年月日	令和				備考	<input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()						<input type="checkbox"/> 世帯全部 <input type="checkbox"/> 世帯の一部			

被扶養者の住所変更欄

個人番号				生年月日				被扶養者氏名 (フリガナ)				
				昭和 平成 令和								
変更後	郵便番号			住所			住所変更年月日					
				(フリガナ)			令和					
変更前	住所			都道府県			備考					
							<input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()					

被保険者の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
(事業主等)	〒
	事業所等所在地
	事業所等名称
	事業主等氏名
	電話

令和 年 月 日提出

〔 受付年月日 〕

社会保険労務士記載欄
氏名等

【記入方法】

- ・個人番号は、本人確認を行ったうえで、記入してください。
- ・備考欄は、本届出を行う理由の該当するものの口に✓を付してください。その他に✓を付した場合はその内容を記入してください。