

# 健康保険住所変更届【住民票住所変更】

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者	① 記号		② 番号		③ 被保険者 氏 名	(フリガナ)	④ 性別	⑤ 被保険者生年月日
	住 民 変 更 住 後 の 所 の	〒	-		(フリガナ)			昭和 平成 令和 年 月 日
					都 道 府 県			

被 扶 養 者	フリガナ ⑦ 被扶養者氏名	⑧ 続柄	⑨ 性別	⑩ 被扶養者生年月日	⑪ 変更後の住民票住所（被保険者と同じ場合はチェックのみ）	
					昭和 平成 令和 年 月 日	〒
				昭和 平成 令和 年 月 日	〒	- 都 道 府 県 被保険者と同じ場合はチェック→ <input type="checkbox"/>
				昭和 平成 令和 年 月 日	〒	- 都 道 府 県 被保険者と同じ場合はチェック→ <input type="checkbox"/>
				昭和 平成 令和 年 月 日	〒	- 都 道 府 県 被保険者と同じ場合はチェック→ <input type="checkbox"/>
				昭和 平成 令和 年 月 日	〒	- 都 道 府 県 被保険者と同じ場合はチェック→ <input type="checkbox"/>

※この届出は健康保険に加入している者の**住民票住所変更が発生した場合**に健康保険組合に提出して下さい。

※被保険者だけの場合は①～⑥のみ、被扶養者がいる場合は⑦以降も記入してください。

※世帯全員で住所が変更になる場合は①～⑩までを記入し「被保険者と同じ場合はチェック→□」にチェックを入れるだけで、  
被扶養者の住所の記入は必要ありません。

※被扶養者のみの住所変更の場合は、①～⑤と⑦～⑩をご記入ください。（⑥の記入はなし）

受付印

