

健康保険 住所変更届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

- ◎ 住所変更する方についてご記入ください。
- ◎ 被扶養者の場合は、被保険者の「被保険者証の番号」「氏名」を必ず記入してください。
- ◎ 該当するものに☑を付してください。

被保険者(本人)情報	被保険者証の番号	氏名	生年月日			
			昭和	年	月	日
			平成			
	住民票住所		変更年月日			
	〒 -	都道 府県	令和	年	月	日
居住地		変更年月日				
		※ 住民票と同一の場合は記入不要				
〒 -	都道 府県	令和	年	月	日	
		☐ 単身赴任				

☐ 被保険者と被扶養者全員は同一住所（住民票住所と居住地）です。※下の被扶養者欄の記入は不要です。

被扶養者(家族) 1	居住区分	別居の場合はその理由	氏名	続柄		
	☐同居・☐別居	☐ 被保険者の単身赴任または学生による別居 ☐ その他による別居				
	住民票住所		変更年月日			
			※ 被保険者と同一の場合は記入不要			
	〒 -	都道 府県	令和	年	月	日
居住地		変更年月日				
		※ 住民票と同一の場合は記入不要				
〒 -	都道 府県	令和	年	月	日	

被扶養者(家族) 2	居住区分	別居の場合はその理由	氏名	続柄		
	☐同居・☐別居	☐ 被保険者の単身赴任または学生による別居 ☐ その他による別居				
	住民票住所		変更年月日			
			※ 被保険者と同一の場合は記入不要			
	〒 -	都道 府県	令和	年	月	日
居住地		変更年月日				
		※ 住民票と同一の場合は記入不要				
〒 -	都道 府県	令和	年	月	日	