

# 健康保険 被保険者・被扶養者 住民票住所変更届

|      |     |         |    |    |    |
|------|-----|---------|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | グループ 統括 | 課長 | 係長 | 担当 |
|      |     |         |    |    |    |

◎ 届書に記載する住所はマイナンバーカード（住民票）の表記と同じように記載してください。  
 ◎ この届書は、被保険者本人及び被扶養者が住民票を異動した後に、事業主を経由して当健保組合にご提出ください。  
 ◎ 海外赴任等で国内に住民登録がなくなる場合、赴任先の国名を記載の上ご提出ください。

|       |  |                   |               |       |                            |
|-------|--|-------------------|---------------|-------|----------------------------|
| 事業所記号 |  |                   |               |       |                            |
| 1     | ①被保険者等番号   | ②被保険者の氏名          | ③生年月日         |       | ④変更後の住民票住所                 |
|       |  | (フリガナ)<br>(氏) (名) | 元号            | 年 月 日 | 〒 -<br>電話: ...任意継続被保険者のみ記入 |
| 該当者   | <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者...<br><input type="checkbox"/> 被扶養者のみ..... 該当被扶養者氏名 ( ) |                   | 変更年月日<br>(元号) | 年 月 日 |                            |
| 2     | ①被保険者等番号   | ②被保険者の氏名          | ③生年月日         |       | ④変更後の住民票住所                 |
|       |  | (フリガナ)<br>(氏) (名) | 元号            | 年 月 日 | 〒 -<br>電話: ...任意継続被保険者のみ記入 |
| 該当者   | <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者...<br><input type="checkbox"/> 被扶養者のみ..... 該当被扶養者氏名 ( ) |                   | 変更年月日<br>(元号) | 年 月 日 |                            |
| 3     | ①被保険者等番号   | ②被保険者の氏名          | ③生年月日         |       | ④変更後の住民票住所                 |
|       |  | (フリガナ)<br>(氏) (名) | 元号            | 年 月 日 | 〒 -<br>電話: ...任意継続被保険者のみ記入 |
| 該当者   | <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者...<br><input type="checkbox"/> 被扶養者のみ..... 該当被扶養者氏名 ( ) |                   | 変更年月日<br>(元号) | 年 月 日 |                            |
| 4     | ①被保険者等番号   | ②被保険者の氏名          | ③生年月日         |       | ④変更後の住民票住所                 |
|       |  | (フリガナ)<br>(氏) (名) | 元号            | 年 月 日 | 〒 -<br>電話: ...任意継続被保険者のみ記入 |
| 該当者   | <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者...<br><input type="checkbox"/> 被扶養者のみ..... 該当被扶養者氏名 ( ) |                   | 変更年月日<br>(元号) | 年 月 日 |                            |
| 5     | ①被保険者等番号   | ②被保険者の氏名          | ③生年月日         |       | ④変更後の住民票住所                 |
|       |  | (フリガナ)<br>(氏) (名) | 元号            | 年 月 日 | 〒 -<br>電話: ...任意継続被保険者のみ記入 |
| 該当者   | <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者...<br><input type="checkbox"/> 被扶養者のみ..... 該当被扶養者氏名 ( ) |                   | 変更年月日<br>(元号) | 年 月 日 |                            |

|        |     |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称  |     |
| 事業主氏名  |     |
| 電話番号   |     |

令和 年 月 日提出

|                  |
|------------------|
| 社会保険労務士記載欄   氏名等 |
|                  |

受付日付印