

記入例

健康保険 住所等変更届

| 健康保険組合 | | |
|--------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 扱者 |
| | | |

※太枠線内を記入してください。

| | | | |
|------------------|---------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------|
| ① 記入日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | |
| ② 被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 | ③ 被保険者 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 |
| | 1 | 12345 | |
| ④ 変更後の 住所 | 〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 都 道 △△ 府 県 □□市××町〇〇番地 | | |
| ⑤ 変更後の 電話番号 | ※電話番号は変更があった任意継続者のみ、記入してください。在職中の方は記入不要です。 | | |
| ⑥ 被扶養者氏名 | | ⑦ 続柄 | ⑧ 被扶養者の住所 |
| 健保 友子 | | 妻 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです(住所の記入は不要) 〒 |
| 被扶養者氏名 | | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| 健保 学 | | 長男 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです(住所の記入は不要) 〒 |
| 被扶養者氏名 | | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| | | | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです(住所の記入は不要) 〒 |
| 被扶養者氏名 | | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| | | | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです(住所の記入は不要) 〒 |
| 被扶養者氏名 | | 続柄 | 被扶養者の住所 |
| | | | <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じです(住所の記入は不要) 〒 |

| |
|--------|
| 事業所所在地 |
| 事業所名称 |
| 事業主名 |

受付印

「記入要領」

① 記入日

記入した日を記入してください。

② 被保険者証記号・番号

被保険者証を確認の上、記入してください。

③ 被保険者氏名

被保険者の氏名・フリガナを記入してください。

④ 変更後の住所

転居後の住所を記入してください。

⑤ 変更後の電話番号(在職中の方は記入不要です)

任意継続者で、電話番号に変更がある方は記入してください。

※⑥～⑧は健康保険の被扶養者がいる方のみ記入してください。

⑥ 被扶養者氏名

被扶養者の氏名を記入してください。

⑦ 続柄

被扶養者の続柄を記入してください。

⑧ 被扶養者の住所

被保険者と一緒に住所変更になった場合は、「被保険者の住所と同じです」に✓をしてください。
それ以外の場合は、被扶養者の住所を記入してください。