

健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

記入見本
被保険者のみ転居

常務理事	事務長		担当

保険証の記号

保険証の番号

転居年月日

被保険者欄	被保険者証の記号	XX	被保険者証の番号	9999	転居年月日									
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	生年月日	5.昭和						性別	1.男 2.女	
	(氏)	阿込	(名)	太郎		7.平成	X	X	X	X	X			
	変更後の住所	〒 223 - 0053 神奈川県 横浜市 港北区 XXXX-XXXX-XXXX アコム印か朱肉 201号室				変更後の電話番号	XXX - XXX - XXXX							
変更前の住所	〒 100 - 0005 東京都 千代田区 ○○ 1-2-3				変更前の電話番号	XXX - XXX - XXXX								
住民票住所 ※	同上	<input checked="" type="checkbox"/>	転居して住民票を移動させた場合				当該届出書の提出年1月1日	同上	<input type="checkbox"/>	〒 100-0005	都道府県	東京	市区町村	千代田
住所変更該当者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ				備考									

※変更後の住所欄と同じ場合、「同上」にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和						性別	1.男 2.女
	(氏)		(名)			7.平成							
	変更後の住所	〒 - - - - -				変更後の電話番号	- - - - -						
	変更前の住所	〒 - - - - -				変更前の電話番号	- - - - -						
住民票住所 ※	同上	<input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上	<input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村

被扶養者欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和						性別	1.男 2.女
	(氏)		(名)			7.平成							
	変更後の住所	〒 - - - - -				変更後の電話番号	- - - - -						
	変更前の住所	〒 - - - - -				変更前の電話番号	- - - - -						
住民票住所 ※	同上	<input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上	<input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村

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 (受付年月日)

社会保険労務士の代行者印	
	印

健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

記入見本
被保険者と被扶養者(世帯全員)で転居

常務理事	事務長		担当

被保険者欄		被保険者証の記号 XX	被保険者証の番号 9999	転居年月日					
氏名	(フリガナ) アコム (氏) 阿込太郎	生年月日	⑤昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
変更年月日	9.令和	変更年月日	9.令和	年	月	日			
変更後の住所	〒 223 - 0053 神奈川県 横浜市 港北区 XXXX-XXXX-XXXX	変更後の電話番号	XXXX - XXXX - XXXX						
変更前の住所	〒 100 - 0005 東京都 千代田区 ○○ 1-2-3	変更前の電話番号	XXXX - XXXX - XXXX						
住民票住所 ※	同上 <input checked="" type="checkbox"/> 転居して住民票を移動させた場合	当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上 <input type="checkbox"/>	〒 100-0005	都道府県	東京	市区町村	千代田 市	
住所変更該当者	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ			備考					

※変更後の住所欄と同じ場合、「同上」にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄		氏名	(フリガナ) アコム (氏) 阿込華子	生年月日	⑤昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
変更年月日	9.令和	変更年月日	9.令和	年	月	日				
変更後の住所	〒 - -		変更後の電話番号	- -						
変更前の住所	〒 - -		変更前の電話番号	- -						
住民票住所 ※	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村	都道府県 市区町村

被扶養者欄		氏名	(フリガナ) アコム (氏) 阿込華代	生年月日	⑤昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
変更年月日	9.令和	変更年月日	9.令和	年	月	日				
変更後の住所	〒 - -		変更後の電話番号	- -						
変更前の住所	〒 - -		変更前の電話番号	- -						
住民票住所 ※	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村	都道府県 市区町村

事業所所在地	〒 - -
事業所名称	
事業主氏名	⑤
電話番号	()

令和 年 月 日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印	
	⑤

健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

記入見本
被扶養者のみ転居

常務理事	事務長		担当

被保険者証の記号 XX		被保険者証の番号 9999		転居年月日								
(フリガナ) アコム		(名) タロウ		生年月日	⑤昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
(氏) 阿込		(名) 太郎			7.平成	X	X	X			X	X
				変更年月日	9.令和							
変更後の住所	〒 アコム印か朱肉				変更後の電話番号		-					
変更前の住所	〒				変更前の電話番号		-					
住民票住所 ※	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上	〒	都道府県	市区町村			
住所変更該当者	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ		<input type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者のみ		備考					

※変更後の住所欄と同じ場合、「同上」にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(欄においても同様)

被扶養者証の記号 アコム		被扶養者証の番号 ハナコ		転居年月日								
(フリガナ) アコム		(名) ハナコ		生年月日	⑤昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
(氏) 阿込		(名) 華子			7.平成	X	X	X			X	X
				変更年月日	9.令和	X	X	X			X	X
変更後の住所	〒 223 - 0053 神奈川県 横浜市 港北区 XXX 4-5-6				変更後の電話番号		XXX - XXX - XXXX					
変更前の住所	〒 100 - 0005 東京都 千代田区 〇〇 1-2-3				変更前の電話番号		XXX - XXX - XXXX					
住民票住所 ※	同上	<input checked="" type="checkbox"/>	別居して住民票を移動させた場合		当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上	〒 100-0005	都道府県	市区町村			

被扶養者証の記号 アコム		被扶養者証の番号 カヨ		転居年月日								
(フリガナ) アコム		(名) カヨ		生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
(氏) 阿込		(名) 華代			7.平成	X	X	X			X	X
				変更年月日	9.令和	X	X	X			X	X
変更後の住所	〒 330 - 0851 埼玉県 さいたま市 大宮区 XXX 9-8-7 けやき寮406号室				変更後の電話番号		XXX - XXXX - XXXX					
変更前の住所	〒 100 - 0005 東京都 千代田区 〇〇 1-2-3				変更前の電話番号		XXX - XXX - XXXX					
住民票住所 ※	同上	<input type="checkbox"/>	別居して住民票を移動させていない場合		当該届出書の提出年1月1日の住所 ※	同上	〒 100-0005	都道府県	市区町村			

事業所所在地	〒				令和	年	月	日	提出	受付年月日
事業所名称										
事業主氏名										
電話番号	()									
社会保険労務士の代行者印										
印										