

被扶養者用

健康保険 住所変更届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

※被保険者と現に同居している場合は、提出の必要はありません。
 ※被扶養配偶者の方は、国民年金第3号被保険者住所変更届をご提出ください。
 当該用紙の提出は必要ありません。

変更の理由	
<input type="radio"/>	同居となったため
<input type="radio"/>	別居となったため ※送金証明を添付してください
<input type="radio"/>	施設入居のため
<input type="radio"/>	進学のため
<input type="radio"/>	その他()

記号	番号	被保険者の氏名		異動の別	
		フリガナ		<input type="radio"/>	被扶養者全員
		(氏)	(名)	<input type="radio"/>	被扶養者の一部

被扶養者氏名	続柄	被扶養者の住所(変更後)								電話番号
		〒								
		住民票住所				当該届出書の提出年1月1日の住所				
		同上	〒	都道	市区	同上	〒	都道	市区	
		<input type="checkbox"/>		府県	町村	<input type="checkbox"/>		府県	町村	
		〒								
		住民票住所				当該届出書の提出年1月1日の住所				
		同上	〒	都道	市区	同上	〒	都道	市区	
		<input type="checkbox"/>		府県	町村	<input type="checkbox"/>		府県	町村	
		〒								
		住民票住所				当該届出書の提出年1月1日の住所				
		同上	〒	都道	市区	同上	〒	都道	市区	
		<input type="checkbox"/>		府県	町村	<input type="checkbox"/>		府県	町村	

※上記、「住民票住所」欄は「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「1月1日の住所」欄の記入は不要です。

令和 年 月 日提出 受付日付印

事業所所在地	() - (印)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士の提出代行者印
(印)