

常務理事	担当

健康保険 被保険者・被扶養者

課税地 居住地 **住所変更届**

被保険者の記号・番号を記入

記載内容に誤りが無いことを確認したので申請します

被 保 険 者 欄	記号	999	番号	999999	事業所名 (会社名)	ABCD株式会社								
	氏名 (フリガナ) (氏名)	ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	昭和 平成	62	年	7	月	20	日	性別	(男) 女
	新住所 課税地	〒559-xxxx 大阪市住之江区○○○1-2-3			変更 年月日	令和	7	年	1	月	1	日	住民票の住所と同一 <input checked="" type="checkbox"/>	
	新住所 居住地	電話番号 06-○○○○-xxxx 携帯電話 090-xxxx-○○○○			住所登録		被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ <input type="checkbox"/> 家族全員 <input checked="" type="checkbox"/>							
	変更前 住所	〒630-△△△△ 京都市○○区◇◇9-8-7			変更理由		転居のため							

登録住所と住民票の住所が同一ならチェック

住所変更した日を記入

該当する対象者にチェック

被保険者の住所に変更がない場合は、「新住所課税地」に登録住所をご記入ください。

被 扶 養 者 1 欄	氏名 (フリガナ) (氏名)	ケンポ 健保	ハナコ 花子	生年月日	昭和 平成 令和	2	年	2	月	20	日	性別	男 女 (女)
	新住所 課税地	被保険者と同一			住所登録		被保険者住所と同一 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票の住所と同一 <input checked="" type="checkbox"/>						
	新住所 居住地	電話番号 携帯電話			備考								
	変更前 住所	住民票と同一の場合省略可											

被保険者と同一であれば家族記入欄は省略できます

被保険者欄の住所と同じ場合、同一にチェックを入れてください。なお、その場合の住所記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被 扶 養 者 2 欄	氏名 (フリガナ) (氏名)			生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日	性別	男 女
	新住所 課税地	電話番号 携帯電話			住所登録		被保険者住所と同一 <input type="checkbox"/> 住民票の住所と同一 <input type="checkbox"/>						
	新住所 居住地	住民票と同一の場合省略可			備考								
	変更前 住所												

被保険者欄の住所と同じ場合、同一にチェックを入れてください。なお、その場合の住所記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被保険者からの申請内容に間違いがないことを確認したので提出します。 令和 年 月 日 提出

事業所 所在地	〒 -
事業所 名称	事業主が証明し、健康保険組合 へ提出します。
事業主 氏名	
電話番号	

受付印

※添付資料：なし