常務理事	事務長	次 長	課 長	係 員

健康保険 住所変更届

被保険者記号・番号		被保険者の氏名		生年月日			
		(フリガナ)		昭和 平成 令和			
		氏	名				

変更後	郵便番号		住所	(フリガナ) 都道 府県
変更前	住所	都道 府県		
変更年月日	令和		備考	□ 住民票住所 □ 住民票住所以外の居所 □ 海外居住 □ その他(　　)

・備考欄は、本届出を行う理由の該当するものの□に✔を付してください。その他に✔を付した場合はその内容を記入してください。

被保険者と被扶養者が同住所の場合は、被扶養者の記号・番号、氏名、生年月日のみを記入し、
下記の□に✓を付してください。

（ □ 被保険者と配偶者は同居している）

被扶養者記号・番号		被扶養者の氏名		生年月日			
		(フリガナ)		昭和 平成 令和			
		氏	名				

変更後	郵便番号		住所	(フリガナ) 都道 府県
変更前	住所	都道 府県		
変更年月日	令和		備考	□ 住民票住所 □ 住民票住所以外の居所 □ 海外居住 □ その他(　　)

・備考欄は、本届出を行う理由の該当するものの□に✔を付してください。その他に✔を付した場合はその内容を記入してください。

（事業主等）
〒
事業所等所在地
事業所等名称
事業主等氏名
電　　話

令和　　年　　月　　日提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄