

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健康保険 被保険者住所変更届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------|----|--|-----------|--|--|--|-------------------|--|--|--|------|--|--|--|--------|--|--|--|-----------|--|-----|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| ①事業所整理記号 | | | | ②被保険者整理番号 | | | | ③ 個人番号(または基礎年金番号) | | | | | | | | | | | | ア 被保険者の氏名 | | | | ④ 生年月日 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (フリガナ) | | | | 5.昭和 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (氏) | | (名) | | 7.平成 | | | | | | | |
| 変更後 | ⑤ 郵便番号 | | | | | | | | | | | 住所 | | | | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 | イ 住所 | | | | | | | | | | | 都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | ウ 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 令和 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

被保険者と配偶者が同住所の場合は⑨～⑫欄への記入は不要です。
同居の場合は、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。)

被扶養配偶者の住所変更欄

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------|--|--|------|---------|--|--|------|-----------|--|--|--------|----|--|--|--|--|---------|--|--------|--|-----|--|--|--|
| ⑥ 個人番号(または基礎年金番号) | | | | | | | | | | | | ⑦ 生年月日 | | | | | | ⑧ 配偶者氏名 | | (フリガナ) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 5.昭和 | | | | | | | | (氏) | | (名) | | | |
| | | | | | | | | | | | | 7.平成 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 9.令和 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後 | ⑨ 郵便番号 | | | | ⑩ 住所 | | | | ⑪ 住所変更年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | ※ 住所コード | | | | (フリガナ) | | | | 令和 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 | ⑫ 住所 | | | 都道府県 | | | | エ 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

〒
事業所等所在地
(事業主等)
事業所等名称
事業主等氏名
電話

令和 年 月 日提出

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印