

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			
1 0 0 1				12345								(フリガナ) ケンポ ハナコ		5.昭和			
												(氏) 健保 (名) 花子		7.平成			
														9.令和			
変更後	⑤郵便番号		5 4 1 0 0 0 0			住所	(フリガナ) オオサカフオオサカシ〇〇ク〇〇										
							大阪 都道府県 大阪市〇〇区〇〇1-2-345										
変更前	イ住所		大阪			都道府県			大阪市〇〇区〇〇6-7-8								
変更年月日		令和		0 1 0 6 0 1		ウ備考											

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 7.平成 9.令和						(氏)		(名)	
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					
変更前	⑫住所			都道府県			備考								

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

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印
-----