

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 被保険者(被扶養者) 住所変更届

◆本届出が居所のみの届出の場合は、以下に「」を付してください。  
居所のみ ※住民票上の住所と居所が同一の場合、「」は不要です。

◎記入方法は、裏面に書いてありますのでご覧ください。

被保険者等記号		被保険者等番号		被保険者の氏名		生年月日		※変更理由	
				(フリガナ)		昭和.5 平成.7 令和.9		年 月 日 □単身赴任 □その他[ ]	
								被扶養者の住所は被保険者と同世帯である <input type="checkbox"/>	
変更後住所	郵便番号		住所	(フリガナ)					
				都道府県					
変更前住所	住所		都道府県						
被扶養者が該当する場合	被扶養者氏名		(フリガナ)		生年月日		※変更理由		
					昭和.5 平成.7 令和.9		年 月 日 □居所地変更 □単身赴任 □その他[ ]		
		郵便番号		住所	(フリガナ)				
					都道府県				

令和 年 月 日 提出

受付日付印

服装健康保険組合

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(	)

社会保険労務士記載欄
氏名等

## 【記入方法】

◆被扶養者のみ変更の場合においても、被保険者欄をご記入ください。

なお、被保険者と同世帯の場合は、被保険者住所欄に記入のうえ、「被扶養者の住所は被保険者と同世帯である」旨の☑を付すことにより被扶養者住所等の記入を省略できます。

※被保険者と被扶養者の住所が異なることとなった場合は、仕送りの状況等、生計維持関係を証明する書類の提出をお願いすることがあります。