

常務理事	事務長	課長	係長	係員

記入例

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		
1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ) フクソウ 太郎	昭和.5 平成.7 令和.9	年 月 日 5 4 1 2 0 1	<input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 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		被扶養者が該当する場合				
1 1 3 0 0 2 1				(フリガナ) トウキョウトブンキョウクホンコマゴメ8-8-8 東京 都道府県 文京区本駒込8-8-8		氏名		(フリガナ) 生年月日 昭和.5 平成.7 令和.9		
変更前住所		住所		大阪 都道府県 中央区大手前7-7-7		氏名		※変更理由 <input type="checkbox"/> 居所地変更 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 []		
郵便番号		住所		(フリガナ) 都道府県		氏名		生年月日		

令和 6 年 12 月 9 日 提出

交付日付印

服装健康保険組合

事業所所在地 〒113-0021 東京都文京区本駒込6-2-19
 事業所名称 株式会社 健康保険事業研究所
 事業主氏名 健保 一郎
 電話 03 (3946) 8561

社会保険労務士記載欄
 氏名等