

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	タロウ	昭和.5	年	月	日	□単身赴任 <input checked="" type="checkbox"/> その他[]				
							服装	太郎	平成.7	5	4	1	2	0	1	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(被扶養者が該当する場合)		氏名		(フリガナ) フクソウ			ハナコ		生年月日				※変更理由				
		服装		花子			昭和.5	年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> 居所地変更 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他[]						
		郵便番号			(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												
		住所			東京 <input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 文京区本駒込8-8-8												

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