

## 記入例

(申請者 ⇒ 健保)

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

## 健康保険 被扶養者住所変更届

				提出日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
健康保険証	記号	100	番号	123456	事業所名 (出向者は雇用元)	(株)○○○○○
被保険者	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	健保 太郎				
被保険者 住民票の住所変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
→ 事業所へ住所変更の連絡が必要になります						
住所変更する者	フリガナ	ケンポ ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	健保 花子			被保険者と	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ	ケンポ イチロウ	続柄	長男	生年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	健保 一郎			被保険者と	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名			被保険者と	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名			被保険者と	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
変更後の住所	住民票の住所 ※ 住民票記載のとおり 記入してください	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都渋谷区千駄ヶ谷4丁目19番18号 オリックス千駄ヶ谷ビル203号				
	居所 (現住所) ※ □にチェックを入れて ください	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住民票と異なる (以下に記入) 〒 ○○○ - ○○○○ 東京都千代田区一番町 大京ビル102号				

## 【注意事項】

- 被保険者の住所変更は事業所より住所情報の連携をしているため、当健康保険組合への住所変更申請は不要です。
- お持ちの健康保険被保険者証 裏面の住所欄は、ご本人で修正をお願いいたします。

〔受付日付印〕