

記入例

健康保険 住所変更届

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

| 被保険者記号・番号 | | 被保険者の氏名 | | | | 生年月日 | | | |
|-----------|-----------------|--------------------|-----|-----|----------------|---|---|---|----|
| 記号 | 番号 | (フリガナ) | ケンボ | タロウ | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 123 | 456 | 氏 | 健保 | 名 | | | | | 太郎 |
| 変更後 | 郵便番号 | 住所 | | | | (フリガナ) シガケンモリヤマシコノハマチヨウ | | | |
| | 5 2 4 - 0 1 0 4 | 滋賀 都道府県 守山市木浜町1234 | | | | | | | |
| 変更前 | 住所 | 滋賀 都道府県 守山市木浜町5678 | | | | | | | |
| 変更年月日 | 令和 | 0 6 | 0 2 | 0 1 | 備考 | <input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所および居所の変更 <input type="checkbox"/> 住民票住所の変更 <input type="checkbox"/> 居所の変更 <input type="checkbox"/> その他() | | | |

・備考欄は、本届出を行う理由の該当するものの口には✓を付けてください。その他に✓を付した場合はその内容を記入してください。

該当欄に✓を付けてください

住所変更の

- ① 本人のみ ② 本人を含む被扶養者全員 ③ 被扶養者のみ

該当欄に✓を付けてください。①、②をチェックの場合は下記の被扶養者欄は記入不要です。

住所を変更した日を記入してください

| 被扶養者の氏名 | | 生年月日 | | | | | | | |
|---------|------|--------|---|---|----------------|--|---|---|--|
| 記号 | 番号 | (フリガナ) | 氏 | 名 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | | | | | | | | | |
| 変更後 | 郵便番号 | 住所 | | | | (フリガナ) 都道府県 | | | |
| | | 都道府県 | | | | | | | |
| 変更前 | 住所 | 都道府県 | | | | | | | |
| 変更年月日 | 令和 | | | | 備考 | <input type="checkbox"/> 住民票住所および居所の変更 <input type="checkbox"/> 住民票住所の変更 <input type="checkbox"/> 居所の変更 <input type="checkbox"/> その他() | | | |

・備考欄は、本届出を行う理由の該当するものの口には✓を付けてください。その他に✓を付した場合はその内容を記入してください。

令和 6 年 2 月 1 日提出

受付印

(事業主等)
〒 524-0104
事業所等所在地 守山市木浜町246
事業所等名称 健保株式会社
事業主等氏名 代表取締役 健保 次郎
電話 077-585-4838

社会保険労務士記載欄

事業主が被保険者からの申し出を受け健康保険組合へ提出した日を記入してください