

健康保険被扶養者（住所変更）届

令和 00年 00月 00日 提出

被保険者欄	被保険者証の記号	00	被保険者証の番号	0000							
	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	00	00	00	00	00	00
				住所	〒000 - 0000 長野県〇〇市〇〇〇丁目〇番地〇						

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハル はる	生年月日	昭和 平成 令和	00	00	00	00	00	00	性別	男・女
					変更年月日	令和	00	00	00	00	00	続柄	子
	変更後の住所	〒000 - 0000 〇〇県△△市××町000-000 〇〇ハイツ000号室										理由	大学進学のため
	変更前の住所	〒000 - 0000 長野県〇〇市〇〇〇丁目〇番地〇											
住民票住所	同上	〒000 - 0000 長野県〇〇市〇〇〇丁目〇番地〇										備考	住民票の住所は被保険者自宅から変更していません

※住民票の住所が変更後の住所と同じ場合は同様にチェックを入れてください。その場合、隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和							性別	男・女
					変更年月日	令和						続柄	
	変更後の住所											理由	
	変更前の住所												
住民票住所	同上											備考	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和							性別	男・女
					変更年月日	令和						続柄	
	変更後の住所											理由	
	変更前の住所												
住民票住所	同上											備考	

※被保険者の単身赴任、進学、海外居住以外の理由で住所変更(被保険者と別居)の場合は、送金証明書、送金証拠書類を添付してください

事業所所在地	事業主記入欄
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄
氏名等