健康保険　被保険者・被扶養者　住所変更届
（住民票住所・居住地住所）

常務理事	事務長（課長）	課長（課長代理）	担当者

① 記号番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日
—		昭和 平成　　年　　月　　日

※該当するものにレ点を付してください

④被扶養者の有無	有 ・ 無	⑤住所変更対象者	☐ 被保険者のみ　以下⑥を記入　　☐ 被保険者と被扶養者全員　以下⑥を記入 ☐ 被扶養者のみ　以下⑦を記入　　☐ 一部対象者のみ　以下⑦を記入

⑥住所、連絡先（変更後）	〒 ☐住民票住所 ☐居住地住所 連絡先　（　　）	単身者以外で被保険者のみが住所変更する場合その理由 ☐単身赴任　☐単身赴任解除 ☐その他 （　　）

⑦変更対象者	氏名		続柄	変更後の住所	被扶養者が被保険者と別居することとなった場合その理由及び生計維持関係
	被保険者		本人	〒 ☐住民票住所 ☐居住地住所	◎別居の理由 ☐学校通学 ☐その他 （　　） ◎生計維持関係（上記理由がその他の場合） ☐仕送り等の生計維持関係がある ☐生計維持関係はない ※被扶養者異動届により、扶養削除の手続きをしてください
	被扶養者			〒 ☐住民票住所 ☐居住地住所	
	被扶養者			〒 ☐住民票住所 ☐居住地住所	
	被扶養者			〒 ☐住民票住所 ☐居住地住所	
	被扶養者			〒 ☐住民票住所 ☐居住地住所	

届書記入の内容に誤りがないことを確認しました。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号　　（　　）

受付日付印

社会保険労務士記載欄