

正 副

健康保険

住所変更届

記入例

◎ 本書には副としてコピーを添付してください。

令和 6 年 7 月 12 日 提出

確認日付印

提出者記入欄	事業所 記号	9 9 9 9
	事業所 所在地 ・ 名称	〒 103 - 〇〇〇〇 東京都 中央区 〇〇 2-5-7 〇〇〇〇 株式会社
	事業主 氏名	□ 本 □ 史
	事業主 電話番号	03 - 1234 - 5678

社会保険労務士記載欄	
氏名等	〇 田 〇 男

● 住所変更の該当者に  を入れてください。

住所変更 の該当者	( <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ )
--------------	---

● 被保険者本人の「証記号・番号」「氏名」は必ず記入してください。

● 被扶養者のみ住所変更する場合は被保険者欄の変更後住民票住所は記入せず、被扶養者欄に記入してください。

被保険者欄	記号 番号	9 9 9 9	番号	1 2 3 4 5	変更後 住民票 住所	郵便 番号	9 9 9 0 0 0 0	都道 府県	〇 △	都・道 府・県	〇 △
	氏名	(姓) 〇 高	(名) △ 郎	市区 町村	〇〇市 □□ 甲 1588 - 1						
	備考	丁目 番地 レジデンス△× 301号室									

被扶養者欄 1	● 住所変更する被扶養者の氏名を記入してください。				変更後 住民票 住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記被保険者住所と同じ ⇐ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。住所の記入は省略できます。					
	氏名	(姓) 〇 高	(名) □ 香	郵便 番号					都道 府県		都・道 府・県
	氏名	(姓)	(名)	市区 町村							

被扶養者欄 2	● 住所変更する被扶養者の氏名を記入してください。				変更後 住民票 住所	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住所と同じ ⇐ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。住所の記入は省略できます。					
	氏名	(姓)	(名)	郵便 番号					都道 府県		都・道 府・県
	氏名	(姓)	(名)	市区 町村							

◀ 届出における注意事項（よくお読みください） ▶

- この届書は、被保険者および被扶養者が **住民票を異動したとき** に、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
- 被保険者の「証記号・番号」「氏名」は必ず記入してください。
- 「変更後住民票住所」は、異動後の **住民票住所** を記入してください。
- 被保険者と被扶養者が一緒に同じ住所へ異動する場合は、被扶養者欄の「変更後住民票住所」の記入は省略できます。  
この場合、被保険者欄の「変更後住民票住所」を記入し、被扶養者欄の「 上記被保険者住所と同じ」にチェックを入れてください。
- 被扶養者のみ住所を異動する場合は、被保険者欄の「変更後住民票住所」は記入しないようご注意ください。
- 健康保険証裏面の住所欄は被保険者ご本人で記入・訂正を行ってください。