

健康保険 住所変更届

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	-									
	氏名	(フリガナ)									
		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考				
住所		〒 -									

被 保 険 者 又 は 被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)									
		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考				
	変更年月日		9.令和	年	月	日	続柄				
変更後の住所		〒 - TEL - -				理由					
変更前の住所		〒 -				「すこやかファミリー」が必要な場合は、○をご記入ください					
住民票住所	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 -	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 -	都道府県	市区町村	備考

被保険者は、「住民票住所」「1月1日の住所」の記入は不要です。
 被扶養者は、「住民票住所」「1月1日の住所」が変更後の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。違うときは記入が必要です。(他の欄においても同様)

被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)									
		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考				
	変更年月日		9.令和	年	月	日	続柄				
変更後の住所		〒 -				理由					
変更前の住所		〒 -				「すこやかファミリー」が必要な場合は、○をご記入ください					
住民票住所	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 -	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 -	都道府県	市区町村	備考

被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)									
		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考				
	変更年月日		9.令和	年	月	日	続柄				
変更後の住所		〒 -				理由					
変更前の住所		〒 -				「すこやかファミリー」が必要な場合は、○をご記入ください					
住民票住所	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 -	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 -	都道府県	市区町村	備考

確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付年月日

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -									
事業所名称										
事業主氏名										
電話番号	()									

理事長	常務理事	事務長	係

社会保険労務士の代行者印