

健康保険 被保険者 住所変更届
被扶養者

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

労務士記載欄 | 氏名等

※下記のいずれか該当する口にチェックしてください。

住所変更の対象者	<input type="checkbox"/> 世帯全員 <input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ
変更する住所	<input type="checkbox"/> 居所及び住民票住所 <input type="checkbox"/> 居所のみ <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ
被保険者証番号	変更前住所 〒 -

※住所変更の対象者で、【被扶養者のみ】をチェックした場合は、被保険者欄の記入は不要です。

被保険者欄	① 氏名	フリガナ 氏 名	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	本人
	⑤ 変更後住所	〒 -							
	⑥ 変更年月日	9.令和	年 月 日	⑦ 被扶養者有・無	0.無 1.有	備考			

※住所変更の対象者で、【世帯全員】【被保険者のみ】をチェックした場合は、被扶養者欄の記入は不要です。

被扶養者欄 1	① 氏名	フリガナ 氏 名	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	
	⑤ 変更後住所	〒 -							
	⑥ 変更年月日	9.令和	年 月 日	備考					

被扶養者欄 2	① 氏名	フリガナ 氏 名	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	
	⑤ 変更後住所	〒 -							
	⑥ 変更年月日	9.令和	年 月 日	備考					

被扶養者欄 3	① 氏名	フリガナ 氏 名	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	
	⑤ 変更後住所	〒 -							
	⑥ 変更年月日	9.令和	年 月 日	備考					

記入例 | 被保険者・被扶養者 住所変更届【2023.12】

令和 5 年 5 月 1 日提出

事業主記入欄	健康保険 被保険者証記号	1 2 3 4	受付印
	〒	111 - 1111	
	事業所 所在地	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	
	事業所 名称	株式会社 〇〇〇〇	
	事業主 氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇	
電話番号	03 (1234) 5678	労務士記載欄 氏名等	

※下記のいずれか該当する□にチェックしてください。

住所変更の 対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ	<input type="checkbox"/> 被扶養者のみ
変更する住所	<input checked="" type="checkbox"/> 居所及び住民票住所	<input type="checkbox"/> 居所のみ	<input type="checkbox"/> 住民票住所のみ
被保険者証番号	12	⑤ 変更後 住所	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇〇4-5-6

※住所変更の対象者で、【被扶養者のみ】をチェックした場合は、被保険者欄の記入は不要です。

被保険者欄	① 氏名	フリガナ 氏 〇〇 〇〇 氏 〇〇 〇〇	② 生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	1 0 0 8 0 1	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	本人	
	⑤ 変更後 住所	〒 222 - 2222 埼玉県〇〇市〇〇〇7-8-9									
	⑦ 変更 年月日	9.令和	年 月 日	0 5 0 5 0 1	⑧ 被扶養者 有・無	0.無 1.有	備考				

※住所変更の対象者で、【世帯全員】【被保険者のみ】をチェックした場合は、被扶養者欄の記入は不要です。

被扶養者欄 1	① 氏名	フリガナ 氏 〇〇 〇〇 氏 〇〇 〇〇	② 生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日		③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 変更後 住所	〒 -									
	⑥ 変更 年月日	9.令和	年 月 日		備考						

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- | | |
|----------|--|
| 住所変更の対象者 | 【世帯全員】【被保険者のみ】をチェックした場合は、被扶養者欄の記入は不要です。
【被扶養者のみ】にチェックした場合は、被保険者欄の記入は不要です。 |
| 被保険者整理番号 | 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号(保険証番号)をご記入ください。 |
| 変更前住所 | 変更前の住所をご記入ください。 |

【被保険者欄・被扶養者欄】被保険者・被扶養者についてご記入ください。

- | | |
|---------|--|
| ① 氏名 | 住民票に登録されている氏名を記入してください。フリガナはカタカナでご記入ください。 |
| ④ 続柄 | 続柄は、「長男」「二女」「父」「母」「義父」「義母」「兄」「妹」等でご記入ください。 |
| ⑤ 変更後住所 | 変更後の住所をご記入ください。 |
| ⑥ 変更年月日 | 転居日を記入してください。 |