

健康保険 住所登録・変更届【被扶養者用】

住民票記載の住所を変更した場合のみ、ご提出ください。

- この申請書は、被扶養者（家族）が転居し、住民票上の登録住所を異動された場合にご提出ください。
転居されても住民票上の登録住所を異動されない場合は、提出不要です。
- 被保険者（従業員）及び被扶養配偶者は、この申請書による届出は不要です。（※会社から健保に提出されます）
- 被保険者（従業員）と伴う転居の場合はこの申請書による届出は不要です。（※被保険者と同じ住民票上の登録住所で登録します）
- お使いの「資格情報のお知らせ」「資格確認書」はそのままご使用いただけます。

下記の通り、申請いたします。

		届出日（記入日）		令和	年	月	日
記号		番号					生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
被保険者氏名	(フリガナ)						
現在の勤務地 (任継記入不要)	会社名	所在地			〒()	事業所名	
電話番号 (日中の連絡先)	()						

被扶養者氏名	(フリガナ)			続柄	
住所 (住民票登録住所)	(〒 -)				
住民異動日	令和	年	月	日	住民票登録住所は被保険者と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる

被扶養者氏名	(フリガナ)			続柄	
住所 (住民票登録住所)	(〒 -)				
住民異動日	令和	年	月	日	住民票登録住所は被保険者と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる

被扶養者氏名	(フリガナ)			続柄	
住所 (住民票登録住所)	(〒 -)				
住民異動日	令和	年	月	日	住民票登録住所は被保険者と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる

事業主欄

上記の通り、被保険者から変更・訂正届の申請がありましたので、届出いたします。

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

健康保険組合使用欄

受付日（変更・訂正日）
年 月 日

決済	常務理事	事務長	係 員