

正

健康保険

被保険者・被扶養者住所変更届

常務理事	事務長	役席	係

※住民票住所が変更になった場合にのみ提出いただきます。

事業所記号	被保険者番号

被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日			
(フリガナ)		年	月	日	
(氏)	(名)				

被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日				続柄
(フリガナ)		年	月	日		
(氏)	(名)					

※必ず住民票住所をご記入ください。

変 更 後	郵便番号	〒	-	(フリガナ)		
	住 所					
変 更 前	住 所					
変 更 年 月 日	令和	年	月	日	理由	

※被扶養者が複数名全員住所変更する場合、下記の口に☑をしてください。
☐被扶養者全員住所変更しません。

被保険者と被扶養者が同居の場合は、下記の口に☑をしてください。
☐被保険者と被扶養者は同居している。

※理由欄は『転居』『単身赴任』『遠方の学校へ進学』などご記入ください。

受付日付印

任意継続被保険者の方は、下記の口に☑をしてください。
☐任意継続被保険者です。

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	() 局	番

社会保険労務士の 提出代行者	
-------------------	--

副

健康保険

被保険者・被扶養者住所変更届受理通知書

※住民票住所が変更になった場合にのみ提出いただきます。

事業所記号	被保険者番号

被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日		
(フリガナ)		年	月	日
(氏)	(名)			

被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日			続柄
(フリガナ)		年	月	日	
(氏)	(名)				

変 更 後	郵便番号	〒	(フリガナ)		
	住 所				
変 更 前	住 所				
変 更 年 月 日	令和	年	月	日	理由

※被扶養者が複数名全員住所変更する場合、下記の□に☑をしてください。
□被扶養者全員住所変更します。

※必ず住民票住所をご記入ください。

被保険者と被扶養者が同居の場合は、下記の□に☑をしてください。
□被保険者と被扶養者は同居している。

※理由欄は『転居』『単身赴任』『遠方の学校へ進学』などご記入ください。

任意継続被保険者の方は、下記の□に☑をしてください。
□任意継続被保険者です。

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

上記のとおり処理しましたので通知します。

令和 年 月 日

安田日本興亜健康保険組合理事長