

健康保険 住所変更届

健康保険組合が管理するご家族の住所情報は、被保険者の住所と同一です。よって単身赴任や、お子様の進学などでご家族の住所に違いが出る場合について、お手数ですが本書類をご提出ください。

※健保組合に登録されている住所は基本的に本人（被保険者）が属する事業所からいただいたデータで作成されています。

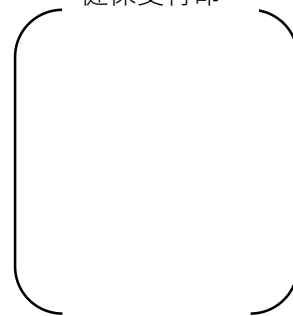
※この書類は、住民票の住所を変更した場合に必要です。確証の添付は不要です。

※住民票の変更がない場合（居住地変更のみ）は届出の必要はありません。

事業所欄	健康保険 被保険者証 記号	1	事業所 番号	
	代表者印（マル印）不要			

健保組合	常務理事	事務長
	担当者	担当者

健保受付印



※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	保険証番号		所属部課名				
	被保険者名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 平成				
		※自筆の場合は捺印不要	☎（日中連絡先）	-	-		

今回の住所変更情報について	令和 年 月 日	※住民票住所の変更日を記載してください			
	<input type="checkbox"/> 被保険者				
	変更年月日	<input type="checkbox"/> 被扶養者	該当被扶養者氏名		続柄
新住所	〒	-			
	ふりがな				
	電話番号	注）住民票に記載されている通りに記入してください。「大字」「字」や番地表示など			
旧住所	〒	-			
	電話番号	-			