

## 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	事業所番号		健保組合	常務理事	事務長	健保受付印
				担当者	担当者	
代表者印（マル印）不要						

※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	被保険者 記号・番号	—	所属部署名				
	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	変更年月日	令和 年 月 日	※住民票住所の変更日を記載してください				
	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者					
		<input type="checkbox"/> 被扶養者	該当被扶養者氏名			続柄	
	新住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居	被保険者本人と同じ住所へ変更する場合は新住所欄の記入は不要				
		〒 —					
		ふりがな					
		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					
	電話番号		—		—		
旧住所	〒 —						
	電話番号		—		—		