

記入例

健康保険 住所変更届

- ① 住民票住所・居所 変更
 住民票住所 変更
 居所 変更

本人・家族が引っ越し等により
 住民票住所・居所変更の場合
 ①②に✓
 被扶養者欄の記載は不要

○本届出を行う理由に該当する変更について□に✓を付してください

被保険者記号・番号		被保険者の氏名		生年月日		
10-1234		(フリガナ) ケンボ 氏 健保	タロウ 名 太郎	昭和 平成 令和	4 9 1 2 2 0	
変更後	郵便番号	1 2 3 0 0 0 1	住所	(フリガナ) 東京 都道府県 練馬区本町学園1丁目2番3号		
変更前	住所	東京 都道府県 練馬区東大泉1丁目2番3号				
変更年月日	令和	0 6 0 1 1 0	備考			

被保険者と被扶養者が同住所の場合は、下記欄は記入不要です。

同居の場合、下記の□に✓を付してください。

- ② (被保険者と被扶養者は同居している)

被扶養者の住所変更欄は、別居等により被保険者と被扶養者の住所が異なる場合のみお届けください。

被扶養者記号・番号		被扶養者の氏名		生年月日		
		(フリガナ) 氏	名	昭和 平成 令和		
変更後	郵便番号		住所	(フリガナ) 都道府県		
変更前	住所	都道府県				
変更年月日	令和		備考			

- 住民票住所・居所 変更
 住民票住所 変更
 居所 変更

令和 年 月 日提出

受付年月日

(事業主等)
 〒 事業所等所在地
 事業所等名称
 事業主等氏名
 電話

社会保険労務士記載欄

記入例

健康保険 住所変更届

- 住民票住所・居所 変更
- 住民票住所 変更
- 居所 変更

別居等により家族が住所変更をする場合①に✓
被保険者欄は記号・番号、氏名を記載

○本届出を行う理由に該当する変更について□に✓を付してください

被保険者記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	
10-1234		(フリガナ) ケンボ 氏 健保	タロウ 名 太郎	昭和 平成 令和	
変更後	郵便番号	住所		(フリガナ)	
変更前	住所	都道府県			
変更年月日	令和	備考			

被保険者と被扶養者が同住所の場合は、下記欄は記入不要です。

同居の場合、下記の□に✓を付してください。

(被保険者と被扶養者は同居している)

被扶養者の住所変更欄は、別居等により被保険者と被扶養者の住所が異なる場合のみお届けください。

被扶養者記号・番号		被扶養者の氏名		生年月日	
10-1234		(フリガナ) ケンボ 氏 健保	モモコ 名 桃子	昭和 平成 令和	5 5 0 4 1 3
変更後	郵便番号	住所		(フリガナ)	
変更前	住所	東京 都道府県 練馬区東大泉1丁目2番3号		東京 都道府県 練馬区本町学園1丁目2番3号	
変更年月日	令和	備考		0 6 0 1 1 0	

- ①
- 住民票住所・居所 変更
 - 住民票住所 変更
 - 居所 変更

(事業主等)

〒

事業所等所在地

事業所等名称

事業主等氏名

電話

令和 年 月 日提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄

記入例

健康保険 住所変更届

- ① 住民票住所・居所 変更
- 住民票住所 変更
- 居所 変更

本人が単身赴任などで住民票住所は変更せず、居所変更の場合①に✓
被扶養者欄の記載は不要

○本届出を行う理由に該当する変更について□に✓を付してください

被保険者記号・番号		被保険者の氏名				生年月日						
10-1234		(フリガナ) ケンボ 氏 健保		タロウ 名 太郎		昭和 平成 令和	4	9	1	2	2	0
変更後	郵便番号	1230001		住所	東京 都道府県 練馬区本町学園1丁目2番3号							
変更前	住所	東京 都道府県 練馬区東大泉1丁目2番3号										
変更年月日	令和	060110		備考								

被保険者と被扶養者が同住所の場合は、下記欄は記入不要です。

同居の場合、下記の□に✓を付してください。

(□ 被保険者と被扶養者は同居している)

被扶養者の住所変更欄は、別居等により被保険者と被扶養者の住所が異なる場合のみお届けください。

被扶養者記号・番号		被扶養者の氏名				生年月日				<input type="checkbox"/> 住民票住所・居所 変更		
		(フリガナ) 氏		名		昭和 平成 令和					<input type="checkbox"/> 住民票住所 変更	
変更後	郵便番号			住所	都道府県							<input type="checkbox"/> 居所 変更
変更前	住所	都道府県										
変更年月日	令和			備考								

令和 年 月 日提出

受付年月日

(事業主等)	〒
	事業所等所在地
	事業所等名称
	事業主等氏名
電話	

社会保険労務士記載欄