

健康保険 被扶養者住民票住所変更届

常務理事	事務長	担当

被保険者記号・番号	被保険者の氏名	生年月日			
	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者住所		電話番号			
〒					

令和 年 月 日提

被扶養者氏名	生年月日			続柄	変更前住所	変更後住所
	昭和 平成 令和	年	月	日	〒	〒
変更年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居	
被扶養者氏名	生年月日			続柄	変更前住所	変更後住所
	昭和 平成 令和	年	月	日	〒	〒
変更年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居	
被扶養者氏名	生年月日			続柄	変更前住所	変更後住所
	昭和 平成 令和	年	月	日	〒	〒
変更年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居	

《注意事項》

- この届出書は、被扶養者が住民票住所を異動したときに、健康保険組合に提出するものです。オンライン資格確認システムへ、より正確な資格情報の収録を行うとともに、個人番号の誤登録を防止する観点から、ご提出頂きます。
- 「住所」は住民票住所を記入してください。また、「変更年月日」は住民票異動年月日を記入してください。
- 被保険者本人と被扶養者が同じ住所へ異動する場合は、被扶養者の「住所」記入は不要です。その場合は、「 被保険者本人と同居」欄にチェックを入れてください。

受付年月日