

健康保険 住所変更届

| | | | | |
|------|--------------|----|----|--------------|
| 転居日 | 令和 年 月 日より変更 | | | |
| 被保険者 | 記号 | 番号 | 氏名 | 生年月日 |
| | | | | S H 年 月 日 |
| | 事業所名 | | | |

◆本人の住所変更 扶養家族を伴う場合は **A欄**へ(対象者・変更理由記入)

| | | | |
|------|--|------|--|
| 郵便番号 | | 電話番号 | |
| 新住所 | | | |

◆家族の住所変更

| | | | |
|------|--|------|--|
| 郵便番号 | | 電話番号 | |
| 新住所 | | | |

A

【住所変更対象者】

下記に変更対象者をご記入下さい。
家族全員の場合は「家族全員」に○を付けて下さい。

家族全員

| 被扶養者 | 氏名 | 続柄 |
|------|----|----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

【住所変更理由】

該当の記号(①~③)に○を付けて下さい。

- ① 転居(引越し・別居から同居になった等)
- ② 市区町村の統廃合、又は住居表示の変更
- ③ 家族が「別居」となった(進学・施設入居等)

※ 保険証の裏面の住所は、本人が書き換えてください。
住所訂正用シールは健保でご用意しております。

受付印