

## 健康保険 住所変更届

転居日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日より変更			
被保険者	記号	番号	氏名	生年月日
	〇〇〇	〇〇〇〇	健保 太郎	<input checked="" type="radio"/> S H 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	事業所名	(株)パイロットコーポレーション 本社		

## ◆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	〇〇〇 - 〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
新住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		

## ◆家族の住所変更

郵便番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
新住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		

## 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」に〇を付けて下さい。

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)に〇を付けて下さい。

- 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