

# 居所住所

## 健康保険 被保険者 被扶養者 居所住所届 (新規・変更)

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

事業所記号	被保険者番号	被保険者氏名	住所変更年月日	住所変更者区分 該当する番号に○印をしてください
			令和 年 月 日	1.被保険者と被扶養者全員 2.被保険者のみ 3.被扶養者のみ 4.被保険者と被扶養者の一部
変更後住所	〒 ー 都・道府・県			
変更前住所	〒 ー 都・道府・県			

※上記、住所変更者区分が3・4に該当する場合のみ、下記へ対象者をご記入ください。

住所変更対象者					
氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日

住所変更により、被扶養者が被保険者と別居することとなった場合、別居理由について右記に○を付けてください。	単身赴任 ・ 学生（下宿） ・ その他
また、上記理由が『その他』の時は被保険者との生計維持関係について右記に○を付けてください。	仕送等の生計維持関係がある ・ 生計維持関係はない

※被保険者と別居することにより、生計維持関係が無くなった場合は被扶養者異動届により扶養削除の手続きをしてください。

令和 年 月 日提出

事業所住所	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄

健保組合受付印