

決 裁	常務理事	事務長	部長	課長	係

※上記は記入しないでください

資格情報のお知らせ等
に記載の記号番号を記
入してください。

険被保険者・被扶養者 住民票住所変更届

被保険者の 記号・番号	記号	99	番号	999	被保険者氏名	健保 太郎
変更日	○年 ○月 ○日					
住所変更する者 (□に✓をしてください)	<input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者 ※該当する被扶養者を以下に記入 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ ※該当する被扶養者を以下に記入					
	被扶養者氏名		続柄	被扶養者氏名		続柄
	1			4		
	2			5		
3			6			
変更前の住所	郵便番号	6 4 0 - 8 3 3 1				
	住所	和歌山県和歌山市美園町5-1-1				
変更後の住所	郵便番号	○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○				
	住所	和歌山県○○市○○				

事業主証明欄	届書記入の内容に誤りがないことを確認しました。				
	年 月 日 提出				
	事業所所在地				
	事業主名称 事業主氏名				

受付

- 注 1.この届書は、被保険者(本人)および被扶養者(家族)が住民票住所を変更したときに、事業主を経由して提出してください。
 2.住民票の添付は不要です。
 3.(資格確認書をお持ちの方のみ)資格確認書の裏面の住所欄は被保険者本人が記入・訂正を行ってください。
 4.この届により得た情報は、健康保険の適用・給付・保健事業の業務目的以外には利用いたしません。