

健康保険 被保険者 住所変更届

被扶養者

常務理事	事務長	課長	係

① 変更区分 (変更する項目に「✓」を記入してください。)

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A 居所及び住民票住所 | <input type="checkbox"/> B 居所のみ | <input type="checkbox"/> C 住民票住所のみ |
| <input type="checkbox"/> ア 世帯全員 | <input type="checkbox"/> イ 被保険者のみ | <input type="checkbox"/> ウ 被扶養者のみ |

② 事業所記号	被保険者番号	③ 変更前の住所	④ 変更年月日
		〒 都道府県	令和 年 月 日

⑤ 変更後の住所 (※①の変更区分で「ア.世帯全員」または、「イ.被保険者のみ」に「✓」を付けた方は被扶養者欄の記入は省略できます。)

被保険者欄	氏名	生年月日	続柄	郵便番号	住所
被扶養者欄	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	本人		(フリガナ) 都道府県
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			(フリガナ) 都道府県
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			(フリガナ) 都道府県
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			(フリガナ) 都道府県

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

社会保険労務士の提出代行者欄

注) 裏面の提出における留意事項をご確認のうえご記入ください。

健康保険 被保険者（被扶養者）住所変更届 提出における留意事項

- この届書は、被保険者または、被扶養者が住所を変更したとき、事業主を経由して倉庫業健康保険組合へ提出するものです。
- ④の「変更年月日」は転居日を記入してください。
- ①の変更区分で「ア.世帯全員」または、「イ.被保険者のみ」に「✓」を付けた方は⑤の被扶養者欄の記入は省略できます。
- ①の変更区分で「ウ.被扶養者のみ」に「✓」を付けた方は、⑤の被保険者欄の記入は省略できます。
- この届出においては添付書類は不要です。
- 被保険者証裏面の住所欄は、被保険者本人が記入・訂正を行ってください。
- 書き間違えた場合の訂正方法について(訂正署名)
 - ① 間違えた箇所に二重線を引く。
 - ② その上に正しい文言を書く。
 - ③ その隣にフルネームで小さく署名する。