常務理事	事務長	確認者	担当者

健康保険　住所変更届

1.この届書は、被保険者(社員本人)および被扶養者が住所を変更したときに、事業主を経由して健康保険組合へ提出してください。
2.被保険者の「被保険者証記号・番号」「被保険者氏名」「生年月日」は必ず記入してください。
3.住所変更により被扶養者と別居となる場合、生計維持の確認が必要となるため、別途確認書類の提出を求める場合があります。
4.別居になることにより、同居が要件となっている被扶養者については、別途被扶養者削除の届出が必要です。速やかに届出してください。
5.検認等で虚偽の申請が発覚した場合、遡及して被扶養者の資格を削除または、取り消す場合があります。

記入日　　年　　月　　日

被保険者記号・番号				被保険者氏名	生年月日						
記号		番号			□S □H		年		月		日

※必ず該当者を含む世帯の住民票（世帯全員分で続柄記載のもの）を添付してください。
※住所変更により被保険者と別居となる被扶養者がいる場合は被扶養者を含む世帯の住民票（世帯全員分で続柄記載のもの）を添付してください。

被保険者住所		郵便番号	住所　※**住民票住所と居所が同じ場合は、この欄の記入は不要です**
	変更後	□□□－□□□□	
	変更前		

変更年月日	□H □R	年	月	日	備考	

住所変更該当者 該当する項目の□に✓		該当被扶養者氏名	続柄	被保険者との同居・別居の別
	□1.被保険者のみ			
	□2.被保険者と被扶養者			□同居　□別居
				□同居　□別居
				□同居　□別居
				□同居　□別居
	□3.被扶養者のみ			□同居　□別居
				□同居　□別居
				□同居　□別居
				□同居　□別居

【事業主証明欄】
上記の届出について、相違ないことを証明します。
年　　月　　日
事業主名称・事業主名

確認印　　受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等
㊞