

## 健康保険被扶養者（住所変更）届

被保険者欄	被保険者等記号	1234	被保険者等番号	1234567									
	(氏名)	(フリガナ) ケンボウ	(名)	タロウ	生年月日	5.昭和7.平成9.令和	5	年	1	月	1	日	備考
	健保	太郎	住所	〒 123 - 4567	神奈川県横浜市中区〇〇町1-20-3								

被扶養者欄	(氏名)	(フリガナ) ケンボウ	(名)	ハナコ	生年月日	5.昭和7.平成9.令和	5	年	0	月	1	日	性別	1.男 2.女
	健保	花子	変更年月日	9.令和	0	年	0	月	0	日	0	性別	1.男 2.女	
	変更後の住所	〒 123 - 4567	神奈川県横浜市中区〇〇町1-20-3										理由	転居
変更前の住所	〒 222 - 4567	神奈川県川崎市〇〇1-2-3 〇〇マンション101										住民票住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 提出年1月1日の住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 備考

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄	(氏名)	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和7.平成9.令和	5	年		月		日	性別	1.男 2.女
	変更後の住所	〒 -	変更年月日	9.令和			年		月		日	性別	1.男 2.女
	変更前の住所	〒 -	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 備考								

被扶養者欄	(氏名)	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和7.平成9.令和	5	年		月		日	性別	1.男 2.女
	変更後の住所	〒 -	変更年月日	9.令和			年		月		日	性別	1.男 2.女
	変更前の住所	〒 -	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 備考								

事業所所在地	〒 -	令和 年 月 日 提出	受付年月日	
事業所名称				
事業主氏名				
電話番号	( )	社会保険労務士記載欄		