

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) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	年	1	月	1	0	日	備考	
		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) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	年	0	1	0	月	日	性別	1.男 2.女
		変更 年月日	9.令和	0	年	0	月	0	日					
	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	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	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		年		月		日	性別	1.男 2.女
		変更 年月日	9.令和		年		月		日				
	変更後の 住所	〒 -										理由	
	変更前の 住所	〒 -											
	住民票 住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	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		年		月		日	性別	1.男 2.女
		変更 年月日	9.令和		年		月		日				
	変更後の 住所	〒 -										理由	
	変更前の 住所	〒 -											
	住民票 住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	備考		

事業所 所在地	〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄