



健康保険

被保険者・被扶養者 住所届 (住民票住所)

令和	年	月	日
課長	係長	係	

<下記、申請する処理区分に ☒ をしてください。>

処理区分	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 削除
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

◎ 「*」印欄は記入しないでください。	①事業所整理記号				②被保険者番号				③ 被保険者・被扶養者の氏名				④ 生 年 月 日				⑤ 被保険者 との続柄						
									(フリガナ) (氏)				(名)						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	*																						
	住民票住所				⑥ 郵便番号				* 住所コード				(フリガナ)										
登録(変更) 年月日				令和												⑧ 備考				※下記のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 世帯全員 <input type="checkbox"/> 申請者のみ			

※被保険者の方で住民票住所と居所住所が異なる場合は、「被保険者 住所届(居所住所)」の提出もお願いします。

受 付 日 付 印

※被保険者本人から直接のお届出はいただけません。事業主様よりお届出ください。

事業所所在地	上記の記載内容について誤りがないことを確認しました。 〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	
(局) 番	

社会保険労務士記載欄