

住

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。 >

< 任意継続被保険者用 >

処理区分	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除				
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		⑦ 住所		
		* 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		

◎ 「\*」印欄は記入しないでください。

受付日付印