

# 健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

T18

被 保 険 者 情 報	記号	氏 名	常務理事	事務局長	課 長		担 当 者
	番号						

変 更 対 象 者	本 人	◎被保険者（本人）の住民票住所を変更した場合は、下記を記入してください。					
		被保険者の生年月日	旧住所				
		昭和 平成 年 月 日	〒 ー 新住所	変更年月日： 令和 年 月 日			
	家 族	◎被扶養者（家族）の住民票住所を変更した場合は、下記を記入してください。					
		被扶養者の氏名	続柄	新住所（□に✓を入れた場合は、住所の記入を省略できます。）			
				〒 ー	変更年月日： 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者の新住所と同じ
				〒 ー	変更年月日： 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者の新住所と同じ
		〒 ー	変更年月日： 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者の新住所と同じ		

◎住所欄：住民票の記載通りに記入してください。海外の場合は「海外在住」と記入してください。

◎変更年月日欄：新住所が国内の場合は転居日又は転入日、海外の場合は転出日の翌日を記入してください。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事 業 主 証 明 欄	この届の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄