健康保険被扶養者住所変更届

常務理事	事務長	担当者

＜被保険者について＞ご記入ください

被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名	
被保険者氏名			所属	
被保険者住所(※1)	〒　　－			

＜被扶養者について＞ご記入ください。※続柄はお子様の場合、長男・二男・長女・二女等、出生順の続柄をご記入ください。

ふりがな		続柄※	
被扶養者氏名①			
ふりがな		続柄※	
被扶養者氏名②			
ふりがな		続柄※	
被扶養者氏名③			
ふりがな		続柄※	
被扶養者氏名④			
ふりがな		続柄※	
被扶養者氏名⑤			

住所変更事由	↓いずれかに○をつけてください 1.引越　2.通学　3.その他（　　）
住所変更日	年　　月　　日
被保険者と同居の有無	↓いずれかに○をつけてください 同居である　・　別居である （別居の場合はその理由　　）
住所（※1）	被保険者と別居（※2）の場合は被扶養者の住所をご記入ください。 〒　　－

※1 原則として居所（実際の住所）を届け出てください。
※2 住所を変更された事由により健康保険組合にて別居と判断された場合は、被保険者からの仕送りにより被扶養者が生計を維持していることの確認をさせていただきます。

事業主記入欄	
事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（　　）

社会保険労務士記入欄

受付日付印

2021.4 月改定