

記入例

被扶養者住所変更届

健康保険証に記載されている

※ 番号をご記入ください

なかった場合、提出をお願いします。

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	申請日	2024 年 4 月 1 日
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
	1234	5678			生年月日	
	住所 (住民票)	〒 〇〇〇-△△△△				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△				住所は必ず住民票住所を記載ください	

被扶養者 氏名	健保 花子	続柄	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	変更 年月日	令和 6 年 3 月 27 日
住所 (住民票)	〒 同上					
被扶養者 氏名		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	変更 年月日	令和 年 月 日
住所 (住民票)	〒					
被扶養者 氏名		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	変更 年月日	令和 年 月 日
住所 (住民票)	〒					
被扶養者 氏名		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	変更 年月日	令和 年 月 日
住所 (住民票)	〒					

事業所名称	
事業主名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄

◆申請ルート

申請者→事業所→健保組合

※本申請は事業所経由でのお手続きとなりますのでお間違いないようにお願いします。