

部 長	課 長	課長代理	係 長	係 員

健康保険 被保険者・被扶養者住所届

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	—	被保険者 氏 名	
事 業 所 名			
届 出 区 分	ア. ☐ 世帯全員 ☐ 被保険者のみ ☐ 被扶養者のみ イ. ☐ 住民票と居所 ☐ 住民票住所のみ ☐ 居所のみ ウ. ☐ 登録 ☐ 変更 ☐ 訂正		
適用対象者氏名	届出区分ア欄で「世帯全員」または「被保険者のみ」に✓を記入した方は記入不要です。 続柄：		
変 更 (訂 正) 前 住 所	〒 — TEL ()		
登 録 また は 変 更 (訂 正) 後 住 所	〒 — TEL () 変更年月日 令和 年 月 日		
備 考	※被扶養者が被保険者と別居の申請をする場合、 右記欄にチェックを入れてください。		

組合受付印

- (注)
- 1.この届出は変更のあった日から5日以内にご提出してください。
 - 2.被保険者と被扶養者が別居の際は別途書類が必要となる場合があります。
 - 3.住民票住所は表記通りにご記入ください。