

被保険者の住民票住所変更の場合

令和7年7月改訂

記入日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

健康

お手元の保険証、マイナポータル又は資格確認書で確認ください。

所変更届

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇	氏 名	健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	事業所 名称	〇〇〇〇株式会社			電話番号	XXX - XXXX -XXXX
	住民票 住所	〒 XXX-XXXX 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町3丁目2番1号				
	変更区分	☒ 該当する区分に✓を記入してください。 ☐ 被保険者の住民票住所変更（変更年月日：令和〇〇年〇〇月〇〇日） ☐ 被扶養者の住民票住所変更				

住民票またはマイナナンバーカードに記載の通り、住所情報を正確に記入してください。

※被扶養者の住民票住所変更の場合は以下を記入してください。

被扶養者情報 1	フリガナ		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	続 柄	
	氏 名					
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県				
被扶養者情報 2	フリガナ		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	続 柄	
	氏 名					
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 / ☐ [被扶養者情報1]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県				
被扶養者情報 3	フリガナ		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	続 柄	
	氏 名					
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 / ☐ [被扶養者情報1]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県				
被扶養者情報 4	フリガナ		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	続 柄	
	氏 名					
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 / ☐ [被扶養者情報1]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県				

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主名	
電話番号	(局)

健保組合	常務理事	事務長	担 当	健保受付

被扶養者の住民票住所変更の場合

令和7年7月改訂

記入日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

健康

お手元の保険証、マイナポータル又は資格確認書で確認ください。

住所変更届

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇	氏名	健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	事業所 名称	〇〇〇〇株式会社			電話番号	XXX-XXXX-XXXX
	住民票 住所	〒 XXX-XXXX 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町3丁目2番1号				
	変更区分	該当する区分に✓を記入してください。 ☐ 被保険者の住民票住所変更（変更年月日：令和 年 月 日） ☒ 被扶養者の住民票住所変更				

住民票またはマイナナンバーカードに記載の通り、住所情報を正確に記入してください。

※被扶養者の住民票住所変更の場合は以下を記入してください。

被扶養者情報 1	フリガナ	ケンポ ハナコ	氏名	健保 花子	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄	妻
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 〒 - 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇区1丁目2番3号						
	住所変更年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
被扶養者情報 1	フリガナ	ケンポ イチロウ	氏名	健保 一郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄	長男
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 / ☒ [被扶養者情報1]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県						
	住所変更年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
被扶養者情報 3	フリガナ		氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	続柄	
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 / ☐ [被扶養者情報1]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県						
	住所変更年月日	令和 年 月 日						
被扶養者情報 4	フリガナ		氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	続柄	
	住民票 住所	☐ [被保険者情報]と同住所につき記入省略 / ☐ [被扶養者情報1]と同住所につき記入省略 〒 - 都 道 府 県						
	住所変更年月日	令和 年 月 日						

事業所所在地

事業所名称

事業主名

電話番号

(局)

健保組合	常務理事	事務長	担 当	健保受付