健康保険 被保険者 被扶養者 住所変更届

見本

被保険者の記号番号		被保険者の氏名
記号 1141	番号 111111	堺　太郎
生年月日		変更年月日
□昭和 ☑平成 □令和　1 年　1 月　1 日		令和　3 年　4 月　1 日

被保険者のマイナンバー
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

住所変更する者 ※□にチェックを入れてください				
	□ 被保険者のみ ☑ 被保険者および被扶養者（該当者を以下に記入） □ 被扶養者のみ（該当者を以下に記入）			
	該当被扶養者氏名	続柄	該当被扶養者氏名	続柄
	堺　花子	妻	堺　次郎	子

変更後の住所			
1 住民票住所	〒 222－2222 △△県△△市△△2－2－2	電話 222-2222-2222	被保険者と ☑ 同居 □ 別居
2 居所（現住所）	〒 － 同　上	住民票住所と同じ場合は同上と記載して下さい	被保険者と □ 同居 □ 別居
変更　前　の住所	〒 222－2222 〇〇県〇〇市〇〇1－1－1	電話 111-1111-1111	

令和　　年　　月　　日

【注意事項】
・変更年月日は、住所変更があった日を記入してください。
・変更後の住所の郵便番号は必ず記入してください。
・被扶養者のご住所も変更される場合は、必ず被扶養者の氏名と続柄をご記入ください。
・被保険者と被扶養者のご住所が異なる場合は、仕送り証明等をご依頼することがあります。

	上記の記載内容について誤りがないことを確認しました。
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話番号	

※こちらは記入の必要ございません。

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合