

健康保険被扶養者住所変更届

常務理事	事務長	担当者

※ 被扶養者の住所変更があったら、必ず提出してください。保険証の添付は不要です。

保険証の記号	番号	フリガナ		性別	従業員番号
		被保険者氏名		男・女	
生年月日		事業所名称	被保険者の住所 〒 -		
昭和・平成 年 月 日		所属			
被扶養者の総数	人	被保険者と同居の被扶養者数	人	被保険者と別居の被扶養者数	人
申請の事由	同居・別居	1. 異動に伴う転居	2. 学生の別居	3. その他 ()	
被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の住所	
	S・H・R	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居	
				〒	
	S・H・R	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居	
				〒	
	S・H・R	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居	
	S・H・R	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居	
				〒	

※被保険者と被扶養者が同時に同じ住所へ変更する場合は、「 被保険者と同居」欄にチェックを入れてください。

※申請の事由が別居の2の場合は、学生証のコピーか在学証明書、3は仕送り証明の添付が必要になります。

別居の1、同居の場合は不要です。

※仕送り証明が提出できない場合は、扶養から削除する場合があります。

※検認等で、虚偽の申請が発覚した場合、遡って被扶養者の資格を喪失する場合があります。

事業所所在地	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	印

所属事業所	
担当	印