・Ａ４サイズ横向きで出力してください
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

提出先：事業主 人事・総務 社会保険担当部署

住　所　異　動　届

常務理事		事務長		担当	

以下の通り、被保険者の住所について届出いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者	健康保険記号−番号	○○　－　○○○○○	氏　名	○　○　○　○
	職　場　名	○○○事業部　○○課	電話番号	固定電話　○○　－　○○○○　－　○○○○
				携帯電話　○○○　－　○○○○　－　○○○○

↑電話番号どちらか一方でよいので記入

◆居所住所

〒　○○○　－　○○○○

○○県　○○市　○○町　○○−○

○○マンション　○号室

（健保発送の郵便物の主な宛先となります。）

◆住民票住所　≪※上記居所住所と異なる場合のみご記入ください≫

〒　　－

居所住所＝住民票住所の場合は
記入不要

【当てはまるものに☑(チェック)】

住所異動理由
- ☑ 転居
- ☐ 単身赴任
- ☐ 地名・地番の変更（転居なし）
- ☐ その他（　　）

扶養家族
- ☐ なし　／　☑ あり
  - ↳ ☑ 扶養家族も同様に住所異動（同居）
  - ☐ 扶養家族は住所異動なし（別居）

※被扶養者のみが住所異動する場合は、「被扶養者(異動)届」で被扶養者住所変更の届出をしてください。

※自己都合別居の場合、被保険者から被扶養者への仕送りが扶養継続の条件です。（健保までお問合せください）

・Ａ４サイズ横向きで出力してください
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

提出先：事業主 人事・総務 社会保険担当部署

住　所　異　動　届

常務理事		事務長		担当	

以下の通り、被保険者の住所について届出いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者	健康保険記号−番号	○○　－　○○○○○	氏　名	○　○　○　○
	職　場　名	○○○事業部　○○課	電話番号	固定電話　○○　－　○○○○　－　○○○○
				携帯電話　○○○　－　○○○○　－　○○○○

↑電話番号どちらか一方でよいので記入

◆居所住所

〒　○○○　－　○○○○

○○県　○○市　○○町　○○−○

○○マンション　○号室

（健保発送の郵便物の主な宛先となります。）

◆住民票住所　≪※上記居所住所と異なる場合のみご記入ください≫

〒　●●●　－　●●●●

●●県　●●郡　●●●　●−●●

【当てはまるものに☑(チェック)】

住所異動理由
- ☐ 転居
- ☑ 単身赴任
- ☐ 地名・地番の変更（転居なし）
- ☐ その他（　　）

扶養家族
- ☐ なし　／　☑ あり
  - ↳ ☐ 扶養家族も同様に住所異動（同居）
  - ☑ 扶養家族は住所異動なし（別居）

※自己都合別居の場合、被保険者から被扶養者への仕送りが扶養継続の条件です。（健保までお問合せください）

※被扶養者のみが住所異動する場合は、「被扶養者(異動)届」で被扶養者住所変更の届出をしてください。