

住所変更届

2023.12

提出者記入欄	事業所番号	提出日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	統括	担当	
	事業所所在地							健保受付印			
	事業所名称 事業主氏名 氏名 電話 番号	Ⓜ 電子申請時のみ押印省略可						事業所検印			
社会保険労務士記載欄											
氏名等							Ⓜ				

1. 被保険者情報

申請日 令和 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	申請対象者
		<input type="checkbox"/> 世帯全員 2へ記入(3の記入は不要) <input type="checkbox"/> 被保険者のみ 2へ記入 <input type="checkbox"/> 被扶養者のみ 3へ記入

2. 被保険者住所

被保険者	届出事由	変更年月日	連絡先 電話番号	健保使用欄
	<input type="checkbox"/> 住民票住所(居所と同じ)の変更 <input type="checkbox"/> 住民票と異なる居所の登録・変更 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 世帯住所 <input type="checkbox"/> 個人住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所(届出)
	変更後(登録)住所	都道府県		
郵便番号				

3. 被扶養者住所

被扶養者①	被扶養者氏名	生年月日	届出事由	健保使用欄
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 住民票住所(居所と同じ)の変更 <input type="checkbox"/> 住民票と異なる居所の登録・変更 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 世帯住所 <input type="checkbox"/> 個人住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所(届出)
	変更後(登録)住所	都道府県		
郵便番号				
変更年月日	連絡先 電話番号	備考		
令和 年 月 日		*被扶養配偶者・35歳以上の被扶養者の方は、必ず連絡先を記入ください。		

被扶養者②	被扶養者氏名	生年月日	届出事由	健保使用欄
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 住民票住所(居所と同じ)の変更 <input type="checkbox"/> 住民票と異なる居所の登録・変更 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 世帯住所 <input type="checkbox"/> 個人住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所(届出)
	変更後(登録)住所	都道府県		
郵便番号				
変更年月日	連絡先 電話番号	備考		
令和 年 月 日		*被扶養配偶者・35歳以上の被扶養者の方は、必ず連絡先を記入ください。		

被扶養者③	被扶養者氏名	生年月日	届出事由	健保使用欄
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 住民票住所(居所と同じ)の変更 <input type="checkbox"/> 住民票と異なる居所の登録・変更 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 世帯住所 <input type="checkbox"/> 個人住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所(届出)
	変更後(登録)住所	都道府県		
郵便番号				
変更年月日	連絡先 電話番号	備考		
令和 年 月 日		*被扶養配偶者・35歳以上の被扶養者の方は、必ず連絡先を記入ください。		

※ 住民票住所は住民票通りに正確に記入ください。記載通り正確でない場合は、オンライン資格確認システムに登録ができず医療機関の窓口で資格確認ができません。

※ 郵送先として住民票の住所とは異なる居所の登録および変更ができます。マンション名など正確に記入下さい。

大同特殊鋼健康保険組合