

健 保 組 合	
取 扱	再 査

健康保険住所変更届

住民票の住所を記入してください。住民票に変更がない場合は、提出不要です。

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

記号	番号	被 保 険 者 氏 名	生年月日	変 更 年 月 日
S H			年 月 日	R 年 月 日

該当する項目に○をし、下記内容を記入してください。

1. 被保険者のみ（被扶養者がいない方） 2. 被保険者のみ（単身赴任等） 3. 被保険者と被扶養者 4. 被扶養者のみ

被 保 険 者 記 入 欄					健 保 記 入 欄	
	氏 名	続 柄	変 更 後 郵 便 番 号	変 更 後 住 所 (住民票記載通りに都道府県名より記入) ※被保険者の住所を変更しない場合、被保険者欄は記入不要です	続 柄 CD	枝 番
被 保 険 者		本人	-		0 0	0
被 扶 養 者			-			
被 扶 養 者			-			
被 扶 養 者			-			

→ (長男・長女・実父母・義父母等の区分を明記)

事 業 所 記 入 欄	事 業 所 名 称 (日本生命の本店・本部所属は被保険者の所属名)	事 業 主 氏 名 (日本生命の本店・本部所属は所属長名)	所 属 コー ド ※日本生命のみ記入要