

健康保険 被扶養者 住所変更届

常務理事	事務長	担当者

被保険者等記号・番号	被保険者の氏名		生年月日	
491 —	(フリガナ)		昭和 平成 令和	年 月 日
	氏	名		

被扶養者氏名	(フリガナ)		生年月日		被保険者との続柄
	氏	名	昭和 平成 令和	年 月 日	

変更後	郵便番号	—	住所	(フリガナ)
				都道府県

変更前	住所	都道府県
-----	----	------

変更年月日	令和	年 月 日	変更する住所 (該当するものすべてに☑)	☐ 住民票住所 ☐ 居所 ☐ その他()
-------	----	-------	-------------------------	--

被扶養者氏名	(フリガナ)		生年月日		被保険者との続柄
	氏	名	昭和 平成 令和	年 月 日	

変更後	郵便番号	—	住所	(フリガナ)
				都道府県

変更前	住所	都道府県
-----	----	------

変更年月日	令和	年 月 日	変更する住所 (該当するものすべてに☑)	☐ 住民票住所 ☐ 居所 ☐ その他()
-------	----	-------	-------------------------	--

被扶養者氏名	(フリガナ)		生年月日		被保険者との続柄
	氏	名	昭和 平成 令和	年 月 日	

変更後	郵便番号	—	住所	(フリガナ)
				都道府県

変更前	住所	都道府県
-----	----	------

変更年月日	令和	年 月 日	変更する住所 (該当するものすべてに☑)	☐ 住民票住所 ☐ 居所 ☐ その他()	令和 年 月 日提出
-------	----	-------	-------------------------	--	------------