常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険　被保険者住所変更届

令和　　年　　月　　日提出

受付印

提出者記入欄

事業所記号		被保険者番号	
事業所所在地	〒　　—		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	（　　）		

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者

氏名	フリガナ 氏	名	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	被扶養者	0.無 1.有
変更後住所	郵便番号 —	都道府県									
変更前住所	郵便番号 —	都道府県									
変更年月日	令和　　年　　月　　日	備考									

※被保険者の変更後のご住所に、ヘルスコムサット等の機関誌送付先も変更いたします。

※マンション名・号室・何々様方等も正確にご記入ください。

住所変更の対象者	（下記のいずれか該当する□にレを付してください。） □　本人のみ　　□　本人・被扶養者全員 □　転居しない被扶養者有　　その方の氏名〔　　〕〔　　〕

被扶養者の住所変更　**※マンション名・号室・何々様方等もご記入ください。**

被扶養者1

氏名	フリガナ 氏	名	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
変更後住所	郵便番号 —	都道府県									
変更年月日	令和　　年　　月　　日	同居・別居の別	□　同居　　□　別居								

被扶養者2

氏名	フリガナ 氏	名	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
変更後住所	郵便番号 —	都道府県									
変更年月日	令和　　年　　月　　日	同居・別居の別	□　同居　　□　別居								

被扶養者3

氏名	フリガナ 氏	名	続柄		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
変更後住所	郵便番号 —	都道府県									
変更年月日	令和　　年　　月　　日	同居・別居の別	□　同居　　□　別居								

東京都報道事業健康保険組合