

被保険者 (住所・氏名) 変更届  
被扶養者

〈届け出内容に○印を〉

常務理事	事務長		係
<b>健保使用欄</b>			

**確認欄** この届出については①又は②の要件を満たしたものである。  
①申請者本人(被保険者が作成したものである)。  
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

下記の通りお届けいたします。

事業主記入欄	事業所所在地	本申請内容につき、届出記入に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。 ※三重交通の場合、営業所は所長名又は部長名をご記入ください。
	事業主氏名	
	電話番号	

- ※1 氏名は住民票またはマイナンバーカードに記載されている氏名をご記入ください。
- ※2 住民票住所は住民票またはマイナンバーカードに記載されている住所をご記入ください。
- ※3 居所は現在お住いの住所をご記入ください。被扶養者は被保険者と同居か別居のどちらかに○印をし、別居の場合は記入ください。

受付印

見本

令和 5 年 12 月 11 日 提出

被保険者欄	被保険者証の記号・番号		※1	フリガナ	ホケン タロウ	事業所名 (営業所名)		〇〇株式会社〇〇営業所				
	〇〇 - ΔΔΔΔΔ		氏名	保険 太郎								
	変更住所	住民票 <input checked="" type="checkbox"/> 居所 <input checked="" type="checkbox"/>	変更事由	1.結婚 2.養子縁組 3.転居 4.その他[ ]		生年月日	5.昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 7.平成	年	月	日	電話番号	059 ( 123 ) 4567
	※2	〒 〇〇〇 - ×××× (住民票上の住所またはマイナンバーカードの住所をご記入ください)										
※3	〒 〇〇〇 - ×××× (現在お住いの住所をご記入ください)											

被扶養者欄	①※1	フリガナ	ホケン ハナコ	生年月日	5.昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 7.平成 9.令和	年	月	日	続柄	妻	変更住所	住民票 <input checked="" type="checkbox"/> 居所 <input checked="" type="checkbox"/>
	※2	住民票住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/> 〒 -									
	※3	居所	1.同居 <input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 別居の場合 〒 -									
	②※1	フリガナ			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	続柄		変更住所
※2	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/> 〒 -										
※3	居所	1.同居 2.別居 別居の場合 〒 -										
③※1	フリガナ			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	続柄		変更住所	住民票 <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/>
※2	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/> 〒 -										
※3	居所	1.同居 2.別居 別居の場合 〒 -										