

常務理事	事務長	係

健康保険 住所変更届

被保険者	被保険者等記号-番号	被保険者の氏名		生年月日			Global ID
	1-12345	(フリガナ) ケンポ 氏 健保	タロウ 名 太郎	昭和 平成 令和	4 0	4 1	12345678

※ 被保険者の住所変更はWAVE、Workdayにて行ってください

住所が変更になる扶養家族全員を記入してください
枠が足りない場合は2枚目を作成してください

被扶養者①	被扶養者の氏名		生年月日		被保険者と同居・別居		
	(フリガナ) ケンポ 氏 健保	ハナコ 名 花子	昭和 平成 令和	4 1	5 1	<input type="checkbox"/> 同居の開始 <input checked="" type="checkbox"/> 別居の開始 (理由: 両親の介護のため)	
	変更住所	郵便番号	(フリガナ) トウキョウ スミダクキンシ 東京 都道府県 墨田区錦糸〇丁目×番△号				
	変更年月日	令和	6 4 1 0	備考	<input type="checkbox"/> 住民票住所及び現住所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 現住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更		

被扶養者②	被扶養者の氏名		生年月日		被保険者と同居・別居		
	(フリガナ) ケンポ 氏 健保	次郎 名 次郎	昭和 平成 令和			<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由:)	
	変更住所	郵便番号	(フリガナ) 府県		変更先の住所が被保険者と同一住所の場合は、記入省略可能		
	変更年月日	令和	6 4 1	備考	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所及び現住所の変更 <input type="checkbox"/> 現住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更		

被扶養者③	被扶養者の氏名		生年月日		被保険者と同居・別居		
	(フリガナ) 氏					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由:)	
	変更住所	郵便番号	都道府県				
	変更年月日	令和		備考	<input type="checkbox"/> 住民票住所及び現住所の変更 <input type="checkbox"/> 現住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 住民票住所のみ変更		

上記の届出のとおり相違ないことを証明します。	
事業所等所在地	
事業所等名称	
事業主等氏名	

社会保険労務士の 代行者印	
------------------	--

以下に該当する場合、届け出が必要です
被保険者と別居を開始するとき
これまで別居していた被扶養者が被保険者と同居になるとき

【提出先】(社)ヒューマン・リソース・パートナーズ
〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階
社会保険労務士法人ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当宛

受付年月日