常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険住所変更届

健康保険の記号	記号	被保険者氏名	フリガナ 氏名をご記入ください
健康保険の番号	番号		

住所変更する者（いずれかに☑）

いずれかに☑

☐ 世帯全員（被保険者および被扶養者）

☐ 被保険者のみ

☐ 被扶養者のみ ⇒ 住所変更する被扶養者の氏名等を下欄に記入してください

被扶養者のみ住所が変更となる場合にご記入ください

被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄
被扶養者の氏名をご記入ください	（例）妻		

いずれかに☑

☐ 転居　☐ 単身赴任等　☐ 通学

☐ その他（　　）

変更前の住所

〒　　－

転居前の住所をご記入ください

変更後の住所

フリガナ

〒　　－

転居後の住所をご記入ください

（電話番号　〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇）

事業主記入欄

令和　　年　　月　　日

任意継続の方は記入不要です

事業所所在地　事業主の所在地をご記入ください

事業所名称　事業主の名称をご記入ください

事業主氏名　事業主の氏名をご記入ください

大阪港湾健康保険組合