

# 健康保険 被保険者・被扶養者 居所住所届

< 下記、申請する処理区分に  をしてください。 >

処理区分	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除		
①事業所記号	②被保険者番号	③ 被保険者の氏名	
		(フリガナ)	(名)
		(氏)	
居所住所	⑤ 郵便番号		
	⑥ 住 所		
		(フリガナ)	
登録(変更) 年月日	令和		⑦ 備考

《お願い》  
※①～⑥は、記入漏れのないようお願いいたします。

※住民票住所と居所住所が違う場合で、送付物の住所として登録したい場合に提出してください。

受付日付印

※被保険者本人から直接のお届出はいただけません。事業主様よりお届出ください。

事業所所在地	上記の記載内容について誤りがないことを確認しました。
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(        局)        番

社会保険労務士記載欄

令和6年12月改訂