

保険証新規発行廃止に伴い、
被保険者の記号・番号は、
「資格情報のお知らせ／マイ
ナポータル」で確認できます。

健康保険 住所変更届

記入例

◎ 記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日	性別	対象者
1234	(左詰め) 5678900	住所変更対象者の住所欄には、 住所変更をする対象者の「旧住所」を記入して下さい。 ※被保険者の住所変更届なら、被保険者の旧住所 ※被扶養者の住所変更届なら、被扶養者の旧住所	年 月 日 470908	男・女	被保険者 被扶養者・世帯(全員)
住所変更届			変更届の事由	変更日	
〒 東京都中央区〇〇2-2 △△マンション202			大学進学の為などわかりやすく	令和 年 月 日 010501	
被保険者の住所(新住所)			電話番号		
〒 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			03-xxxx-xxxx		
被扶養者氏名		被扶養者生年月日	性別	続柄	被扶養者住所(新住所)
(氏) 健保	(名) 花美	5. 昭 年 月 日 7. 平 050815 9. 令	男・女	長女	下宿先等の場合は、〇〇様方まで記入して下さい。
(氏)	(名)	5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	男・女		
(氏)	(名)	5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	男・女		
(氏)	(名)	5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	男・女		
(氏)	(名)	5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	男・女		
【重要】必ず☑をお願いします。 押印に変わる重要事項となります。					
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				

事業主証明欄	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 (〒 -) 令和 年 月 日提出
	事業所名称	※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。
	事業主氏名	
	電話番号	TEL ()

【訂正方法】

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例： ~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)