

健康保険 被保険者住所変更届

常務理事	事務長	課 長	係 長	担 当 者

◆変更する方に○をしてください◆	
住民票住所	現住所

◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。

①事業所記号			②被保険者番号			③ 被保険者の氏名										④ 生 年 月 日													
8 0 1			1939			(フリガナ) ヒノ					コウイチ					5.昭和		1		0		1		2		2		9	
						(氏) 日野					(名) 幸一					7.平成													
変更後			⑤ 郵便番号			2 4 9 0 0 0 6			住所			(フリガナ) カナガワケンズシシゴチョウメニノシジュウハスコートジユウハチ ニヒヤクニコウシツ																	
									神奈川県			都道 逗子市逗子5丁目-2-20 パルコート18 202号室																	
変更前			⑥ 住 所			神奈川県 川崎市中原区下沼部1700-20ヴィラウェスト2 101号室																							
変更年月日			令和 0 7 0 8 0 1			備考			<input type="checkbox"/> 単身赴任等により被保険者のみ住所変更(この場合は被扶養者の住所の記入は不要です)																				

被扶養者の住所変更欄

⑦被扶養者氏名	⑧続柄	⑨被扶養者の変更後の住所	⑩別居理由
		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居している(住所の記入は不要です) 〒	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居している(住所の記入は不要です) 〒	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居している(住所の記入は不要です) 〒	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居している(住所の記入は不要です) 〒	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他

上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出します。	
事業所所在地	〒 104 - 0032
事業所名称	東京都中央区八丁堀 4 - 5 - 4
事業主氏名	デジタル・インフォメーション・テクノロジー株式会社
電 話	代表取締役 市川 聡
	03 ( 6311 局) 6520

令和 7 年 8 月 4 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者
---------------