

健康保険 被保険者住所変更届
厚生年金保険

◎ 「※」印欄には記入しないでください。

①事業所整理記号		②被保険者整理番号		③年金手帳の基礎年金番号				ア 被保険者の氏名		④生年月日	
								(フリガナ) (氏) (名)		昭和 平成 令和 年 月 日	
変更後	⑤郵便番号		住所		(フリガナ) 都道 府県						
変更前	イ 住所		都道 府県								
変更年月日		令和 年 月 日		ウ備考							

被保険者と配偶者が同住所の場合は⑨～⑫欄への記入不要です。
同居の場合は、下記口欄に「レ」等のしるしを付してください。

被保険者と配偶者は同居している。

被扶養配偶者の住所変更欄

⑥年金手帳の基礎年金番号				⑦生年月日				⑧配偶者氏名		(フリガナ) (氏) (名)		
				昭和 平成 令和				名				
変更後	⑨郵便番号		※ 住所コード		⑩住所				⑪住所変更年月日			
				(フリガナ)		都道 府県				令和 年 月 日		
変更前	⑫住所		都道 府県								備考	

（事業主等）	事業所等所在地 〒	⑬
	事業所等名称	
	事業主等氏名	
	電話	

令和 年 月 日提出

受付印