

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 〒	
	事業所等名称	
	事業主等氏名	(印)
	電話	

令和 年 月 日提出

受付印