

健康保険 住民票住所変更届 兼 同居別居変更届

サンゲツ健康保険組合

- ・住民票の住所と居所が異なる場合は、「住民票住所」「居所住所」の記入欄をそれぞれ設けておりますので両方を記入してください。被扶養者も同様です。
- ・被扶養者のみの変更の場合は、被保険者欄の記号・番号、氏名、生年月日、電話番号の記入および被扶養者欄をご記入ください。
- ・住民票住所の変更年月日は、住民票の転入日を記入してください。

受付日付印

◆住所変更者対象区分（下記のいずれかが該当する□に「✓」を入れてください）

住所変更の該当者	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）のみ	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）と被扶養者	<input type="checkbox"/> 被扶養者のみ
----------	-------------------------------------	--	---------------------------------

被保険者欄	被保険者の記号・番号	記号	番号	フリガナ	氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	電話番号	()	-	備考										
	◆ 変更後の住民票住所													
	郵便番号				都・道 府・県	市・町 町・村	番地 番	号	変更年月日 ※転入日を記入してください	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 会社都合による転居の場合は「✓」を入れてください
	(建物名・棟・部屋番号は省略せず正しく記入してください)													
◆ 前住民票住所														
郵便番号				都・道 府・県										
◆ 現在お住いの住所（居所住所） <input type="checkbox"/> 居所住所が住民票住所と同じ ⇨ 同じ場合は「✓」を入れ、住民票住所の記入は不要です														
郵便番号				都・道 府・県										

◆住所変更する被扶養者について下記をご記入ください

被扶養者欄 ①	氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	変更年月日 ※転入日を記入してください	平成 令和	年	月	日	
	◆ 変更後の住民票住所 <input type="checkbox"/> 上記被保険者と住民票住所が同じ ⇨ 同じ場合は「✓」を入れ、住民票住所の記入は不要です														
	郵便番号				都・道 府・県	市・町 町・村	番地 番	号							
	(建物名・棟・部屋番号は省略せず正しく記入してください)														
	被保険者と同居・別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任による別居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 通学による別居 <input type="checkbox"/> <別居の場合> 注意事項2・3参照														
<input type="checkbox"/> 居所住所は住民票住所と同じです（記入不要）															

被扶養者欄 ②	氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	変更年月日 ※転入日を記入してください	平成 令和	年	月	日	
	◆ 変更後の住民票住所 <input type="checkbox"/> 上記被保険者と住民票住所が同じ ⇨ 同じ場合は「✓」を入れ、住民票住所の記入は不要です														
	郵便番号				都・道 府・県	市・町 町・村	番地 番	号							
	(建物名・棟・部屋番号は省略せず正しく記入してください)														
	被保険者と同居・別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任による別居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 通学による別居 <input type="checkbox"/> <別居の場合> 注意事項2・3参照														
<input type="checkbox"/> 居所住所は住民票住所と同じです（記入不要）															

被扶養者欄 ③	氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	変更年月日 ※転入日を記入してください	平成 令和	年	月	日	
	◆ 変更後の住民票住所 <input type="checkbox"/> 上記被保険者と住民票住所が同じ ⇨ 同じ場合は「✓」を入れ、住民票住所の記入は不要です														
	郵便番号				都・道 府・県	市・町 町・村	番地 番	号							
	(建物名・棟・部屋番号は省略せず正しく記入してください)														
	被保険者と同居・別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任による別居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 通学による別居 <input type="checkbox"/> <別居の場合> 注意事項2・3参照														
<input type="checkbox"/> 居所住所は住民票住所と同じです（記入不要）															

<注意事項>

1. 住民票住所は郵便番号、都道府県名からハイフンで省略せず、丁目・番地・号、建物名、号棟・号室まで正しく記入してください。
2. 同居・別居の変更があった場合は、当健康保険組合の被扶養者の認定基準を満たしているか、確認させていただきます。
また、同居が条件の被扶養者は、別居になった時点で扶養から削除となるため、被扶養者削除の手続きをお願いします。
3. 被保険者と別居（単身赴任・通学による別居除く）となる場合、生計維持を目的とした毎月の送金が必要となります。（手渡し不可、金融機関を通した送金のみ可）必ず送金実績の書類（振込の控えなど）は保管しておいてください。（後日、被扶養者資格確認調査の際に送金状況を確認させていただきます。）
毎月、生計維持を目的とした送金実績の確認がとれない場合は、扶養除外となりますので、ご了承ください。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() -

社会保険労務士の提出代行者印

常務理事	事務長	係	係