

被保険者整理番号を
ご記入ください。

事業所番号を
ご記入ください。

加入員番号を
ご記入ください。

ご注意
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれない
ようにご記入ください。

健康保険 被保険者住所変更届

常務理事	部長	課長	担当者

健康保険の 事業所記号 (3ケタ)	基金の 事業所番号 (6ケタ)	基金の加入員番号 (10ケタ)		
1 8 0	1 0 1 1 8 4	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7		
① 社会保険の 事業所整理記号	② 健康保険の 被保険者証の番号	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
東 * WPX	2 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	(フリガナ) ネキン タロウ (氏) 年金 太郎	5. 昭和 7. 平成 0 2 0 4 0 6
変更後 ⑤ 郵便番号	住所	(フリガナ) オオサカ オオサカシ チュウオウク タニマチ ○ー○ー○		
5 4 2 0 0 1 2	大阪 都道府県 大阪市中央区谷町○ー○ー○			
変更前 イ 住所	大阪 都道府県 大阪市中央区内平野町○ー○ー○			
変更年月日	平成	2 4 0 6	0 1	ウ 備考

◎記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎国民年金第3号被保険者の住所変更については、4枚目の
 届出人欄も必ずご記入ください。

変更後の郵便番号・住所・フリガナをご記入ください。

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		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	5. 昭和 7. 平成 0 3 0 5 0 9		
⑧ 郵便番号	⑨ 住所	⑩ 住所変更年月日	
	(フリガナ) 都道府県	年 月 日	
⑪ 配偶者氏名 (フリガナ) ネキン ハナコ (氏) 年金 花子	⑫ 旧住所 (フリガナ)		
備考			

被保険者と同居して
いる被扶養配偶者の
住所変更は、「レ」の
しるしを記入してく
ださい。この場合⑧～
⑩及び⑫の記入は
不要です。

平成 年 月 日提出
社会保険労務士の提出代行者印
事業主印を押印してください。
ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

事業所所在地 540-0037
 大阪市中央区内平野町 3-2-5
 事業所名称 大阪薬業厚生年金基金
 事業主氏名 理事長 薬業 一郎
 電 話 06-6945-1021



社会保険労務士の提出代行者印
 印