

健康保健
厚生年金保険

被保険者住所変更届

常務理事	事務長	担当者

◎「※」欄は記入しないでください。

① 事業所整理番号	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	送信	
			(フリガナ)	(氏)			(名)
変更後	⑤ 郵便番号	住所	(フリガナ)				
変更前	イ 住所	都道府県	都道府県				
変更年月	年 月 日	送信	ウ 備考				

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

(口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)
		年 月 日				
変更後	⑨ 郵便番号	⑩ 住所		⑪ 住所変更年月日		
	※住所コード	(フリガナ)		年 月 日		
変更前	⑫ 住所	都道府県		備考		

年 月 日提出

(事業主等)
事業所等所在地
事業所等名称
事業主等氏名
電 話

受付日付印

受付日付印