

(注意事項)

1. 住所が国外の場合は、国名を「都道府県名郡市区町村名」カナ欄にカタカナで記入してください。
2. 住所欄は、区切りごとに1文字あけてください。
3. 「字名丁目番地建物等」欄の、「丁目」「番地」は「- ハイフン」で記入してください。
4. ※は必須入力項目です。

※ 注意

被保険者住所 → 住民票の住所

被保険者居住地 → 単身赴任など一時的な住所

| | | |
|------------------------|-------|---|
| 対象者コード | 半角数字 | 0001234567 |
| 申請者氏名 | 全角 | 健保 太郎 |
| ※勤務先電話番号 | 半角数字 | 03-6206-4001 (ハイフン付) |
| ※国外表示 | | <input checked="" type="radio"/> 国内 <input type="radio"/> 国外 |
| ※郵便番号 | 半角数字 | 100 - 0047 |
| 被保険者住所 ※都道府県名郡市区町村名 | 半角カナ | トウキョウト チヨダク (例1 東京23区 「トウキョウト チヨダク」) (例2 政令指定都市 「カナガワケン ヨコハマシ イズミク」) (例3 市 「カナガワケン チガサキシ」) (例4 町 「カナガワケン アシガラシモゲン ハコネマチ」) (例5 村 「カナガワケン アイコウケン キヨワムラ」) 長野県 長野市 (漢字住所については入力不要です) → 変更前の住所が表示されていますが、入力不要です |
| | 全角 | |
| ※字名丁目番地建物等 | 半角カナ | ウチカンダ 3-6-2 (「ア、イ、ウ、エ、オ、ツ、ヤ、ユ、ヨ」は、カナ小文字で入力可能です) |
| | 全角漢字等 | 内神田 3-6-2 (漢字は全角入力) (「ア、イ、ウ、エ、オ、ツ、ヤ、ユ、ヨ」は、カナ小文字で入力可能です) |

| | | |
|---|--|---|
| ※被保険者居住地表示 | <input checked="" type="checkbox"/> 入力 | 表示されている居住地を変更するときには、必ずチェックをしてください ※チェックが「いい」場合は反映されません |
| TEL | 半角数字 | (ハイフン付) |
| ※現住所と同じですか？ | | <input checked="" type="radio"/> 同一 (下欄の記入は不要です。申請時に更新されます) <input type="radio"/> 異なる (下欄に記入してください) |
| 郵便番号 | 半角数字 | - |
| 被保険者居住地 都道府県名郡市区町村名 | 半角カナ | (例1 東京23区 「トウキョウト チヨダク」) (例2 政令指定都市 「カナガワケン ヨコハマシ イズミク」) (例3 市 「カナガワケン チガサキシ」) (例4 町 「カナガワケン アシガラシモゲン ハコネマチ」) (例5 村 「カナガワケン アイコウケン キヨワムラ」) 長野県 長野市 (漢字住所については入力不要です) |
| | 全角 | |
| 字名丁目番地建物等 | 半角カナ | (「ア、イ、ウ、エ、オ、ツ、ヤ、ユ、ヨ」は、カナ小文字で入力可能です) |
| | 全角漢字等 | (「ア、イ、ウ、エ、オ、ツ、ヤ、ユ、ヨ」は、カナ小文字で入力可能です) |
| 変更前住所において、医療機関で受診された際の自己負担額について市町村から助成を受けていましたか？ | <input type="checkbox"/> はい | ※出生など乳幼児の医療費助成については、届出は不要です |
| 変更後住所において、医療機関で受診された際の自己負担額について市町村から助成を受けますか？ | <input type="checkbox"/> はい | (届出漏れ等により、医療費の返還請求等が発生する可能性があります。) |
| ※「乳幼児医療費助成」については届出不要(所得制限により認定されない方は03-6206-4541までご連絡願います。) | | |

※配偶者、及び39歳以上の被扶養者が住所変更をした場合、下記申請が必要です

前の被扶養者 1/1 次の被扶養者

被扶養配偶者及び39歳以上の被扶養者の住所が表示されています。該当の被扶養者まで進んで記入してください。

| | | | |
|---------------|------------------------|---|--|
| 被扶養者住所 | 被扶養者氏名 | | |
| | 被扶養者続柄 | | |
| | ※被扶養者住所表示 | <input type="checkbox"/> 入力 (表示されている被扶養者住所を変更するときには、必ずチェックをしてください ※チェックがけい場合は反映されません) | |
| | ※被扶養者の住所は被保険者本人と同じですか？ | <input type="radio"/> 同一 (下欄の記入は不要です。申請時に更新されます) <input type="radio"/> 異なる (下欄に記入してください) | |
| | 国外表示 | <input checked="" type="radio"/> 国内 <input type="radio"/> 国外 | |
| | 郵便番号 | 半角数字 | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| | 都道府県名 郡市区町村名 | 半角カナ | ※注:小さい「ッ、ャ、ユ、ヨ」は、カナ小文字で入力可能です (例1 東京23区 「トウキョウト チヨダク」) (例2 政令指定都市 「カナガワケン ヨコハマシ イズミク」) (例3 市 「カナガワケン チカサキシ」) (例4 町 「カナガワケン アシガラシモケン ハコネマチ」) (例5 村 「カナガワケン アイコウケン キヨカワムラ」) |
| | 全角 | (漢字住所については入力不要です) | |
| 字名丁目番地 建物等 | 半角カナ | <input type="text"/> | |
| | 全角 漢字等 | <input type="text"/> | |

前の被扶養者 1/1 次の被扶養者

※ 20歳以上60歳未満の配偶者が住所変更をした場合、下記申請が必要です ※「未提出」を選択

被扶養配偶者が20歳以上60歳未満の場合は国民年金被保険者住所変更届が必要となるため下記の項目を入力してください
 《注》申請後、「国民年金被保険者住所変更届」が印刷されますので、年金手帳(写し)を添付の上、必ず事業所厚生担当へご提出願います

| 項目 | 入力内容 |
|------------------|--|
| 届出は提出済みですか？ | <input type="radio"/> 提出済 (社会保険事務所に配偶者の住所を確認して正当であった場合や、直接手続きいただく場合には「提出済」を選択して下さい) <input type="radio"/> 未提出 (下欄に記入してください) |
| 住所変更年月日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (実際に住所を変更した日を入力してください) |
| 被扶養配偶者 基礎年金番号 | 半角数字 <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 被扶養配偶者 電話番号 | 半角数字 <input type="text"/> (ハイフン付) |

戻る 次へ進む

▲上へ