

様式コード			
2	2	1	8
届書コード			届書
2	1	8	

健康保険 被保険者住所変更届
厚生年金保険

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。

①事業所整理記号	②被保険者 整理番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	ア 被保険者の氏名	④ 生 年 月 日	送 信
			(フリガナ)	5.昭和 7.平成 9.令和	
			(氏)	(名)	
変更後	⑤ 郵便番号	住所			
変更前	イ 住所	都 道 府 県			
変更年月日	令和	送信 備考	<input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 ^{注1} <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()		

(注1) 住民票住所以外の居所を登録する場合は、今後、住所(居所)を変更した際に手続きが必要となります。

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□に✓を付してください。^{注2}
(☐ 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 個人番号(または基礎年金番号)	⑦ 生 年 月 日	⑧ 配偶者氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)
	5.昭和 7.平成 9.令和				
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)	令和 9		
変更前	⑫ 住 所	都 道 府 県	備考	<input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 ^{注1} <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()	

被保険者の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒

(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

令和 年 月 日提出

社会保険労務士記載欄

氏名

日本年金機構