理事長	常務理事	事務長	担当者

西日本新聞社健康保険組合

健康保険被保険者･被扶養者住所変更届

記号	証番号	事業所名	被保険者の氏名	
			（氏）	（名）
現住所	〒 都道 府県		TEL：	

新住所	〒 都道 府県 TEL：

当てはまるものに〇を付けてください。

・被保険者（本人）が新住所へ転居。

・被保険者（本人）と被扶養家族全員を含む世帯全体が新住所へ転居。

・被保険者（本人）を除く被扶養家族全員が新住所へ転居、被保険者（本人）は現住所。

・被扶養家族のうち、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）のみ新住所へ転居。

・その他

※注意事項

・電話番号も、漏れなく記入してください。

・住所変更による保険証の再発行は致しません。

（事業主）

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電　　話

令和　　年　　月　　日提出

受 付 印