

| | | | | |
|------|-----|------|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 庶務係長 | 業務係長 | 係 |
| | | | | |

健康保険 被保険者 住所変更届

平成 年 月 日届出

西日本パッケージング健康保険組合

| | | | |
|----------------|----------------|-------------------------|---------------------|
| 被 保 険 者 記 号 | 被 保 険 者 番 号 | 被 保 険 者 の 氏 名 (フリガナ) | 生 年 月 日 昭和 平成 |
| | | | 年 月 日 |
| 新 住 所 | 〒 - | (フリガナ) | |
| | | 都・道 府・県 | |
| 新住所変更年月日 | 平成 | 年 月 日より | |
| 旧 住 所 | 〒 - | 都・道 府・県 | |

【注意事項】

- ・ 被保険者証の住所欄は各個人で訂正してください。
- ・ アパート、マンション名など省略せず全て楷書でご記入ください。
- ・ 事業主の住所変更については、「事業主住所変更届」(登記簿謄本が必要)を同時に提出してください(健保組合、厚生年金、厚生年金基金の専用用紙がありますので、当健康保険組合までご連絡ください)。
- ・ この「住所変更届」は、当健康保険組合の住所管理データを変更するための用紙です。**厚生年金保険の住所変更は、別に年金事務所へ提出してください。**

| | | |
|--------|-----|---|
| 事業所所在地 | 〒 - | |
| 事業所名 | | |
| 事業主氏名 | | 印 |
| 電 話 | () | |

< 利用目的 >

西日本パッケージング健康保険組合は、住所等の個人情報を出来る限り、正確・最新に保つために加入者からの届出により、速やかに訂正等を行います。また、入手した住所等は、当健康保険組合の健康保険事業(保険給付、保健事業等)に限り使用し、第三者には提供いたしません。

