

|      |     |  |    |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|      |     |  |    |

京都新聞健康保険組合理事長 殿

## 被保険者および被扶養者住所(変更)届

(R1.5)

|                |                              |       |            |                    |
|----------------|------------------------------|-------|------------|--------------------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | フリガナ                         |       |            |                    |
|                | 氏名                           |       |            |                    |
|                | 事業所名                         |       |            |                    |
|                | 所 属                          |       |            |                    |
| 住所変更該当者        | 性別                           | 男 ・ 女 |            |                    |
|                | 被保険者のみ                       |       | 該当者<br>氏名  |                    |
|                | 全 員                          |       |            |                    |
| 被扶養者のみ         | 続柄                           |       |            |                    |
| 住 所<br>(変更後)   | フリガナ                         |       |            |                    |
|                | (〒            -            ) |       |            |                    |
| (TEL)          |                              |       |            |                    |
| 住 所<br>(変更前)   | (〒            -            ) |       | 変 更<br>年月日 | 令 和<br>年    月    日 |

令和            年            月            日

上記のとおり届出がありましたので提出いたします。

事業主

印