

正

健康保険被扶養者異動届 太枠内を全てご記入ください

常務理事	所属長	主担当	係員

被保険者証		記号	番号	フリガナ 被保険者氏名		男 <input type="checkbox"/>	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/>	年	月	日
被保険者住所		〒 -			女 <input type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>					
増減の別	被扶養者の氏名 フリガナ		性別	生年月日	続柄	同居・別居 区分	異動年月日	異動の理由 (該当に✓)	非該当 証明希望	認定日	
	氏	名								削除日	
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	
	個人番号	被扶養者住所 (別居の場合のみ)		〒 -							
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	
	個人番号	被扶養者住所 (別居の場合のみ)		〒 -							
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	
	個人番号	被扶養者住所 (別居の場合のみ)		〒 -							
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	
	個人番号	被扶養者住所 (別居の場合のみ)		〒 -							

上記のとおり相違ありません
 パナソニック健康保険組合 理事長殿
 事業所所在地 〒 -
 事業所名称
 事業主氏名
 電話番号 事業所コード ()

事業所	責任者	係員

平成 年 月 日提出
 承認印 受付印

※任意継続保険に加入されている時は資格喪失年月日をご記入下さい
 (H 年 月 日)
 ※扶養減で非該当証明書が必要な場合、有に✓をお願いします

副

健康保険被扶養者異動届 太枠内を全てご記入ください

常務理事	所属長	主担当	係員

被保険者証	記号	番号	フリガナ	被保険者氏名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/>	年	月	日
							平成 <input type="checkbox"/>			
被保険者住所	〒 -									

増減の別	被扶養者の氏名 フリガナ		性別	生年月日	続柄	同居・別居区分	異動年月日	異動の理由 (該当に✓)	非該当 証明希望	認定日
	氏	名								削除日
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	個人番号		被扶養者住所 (別居の場合のみ)			〒 -				
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	個人番号		被扶養者住所 (別居の場合のみ)			〒 -				
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	個人番号		被扶養者住所 (別居の場合のみ)			〒 -				
増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/>			男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日	資格取得(入社) <input type="checkbox"/> ・出生 <input type="checkbox"/> ・結婚 <input type="checkbox"/> ・退職 <input type="checkbox"/> ・ 収入減 <input type="checkbox"/> ・就職 <input type="checkbox"/> ・離婚 <input type="checkbox"/> ・収入増 <input type="checkbox"/> ・ 後期高齢 <input type="checkbox"/> ・死亡 <input type="checkbox"/> ・失業給付金受給 (開始 <input type="checkbox"/> ・終了 <input type="checkbox"/>) その他 ()	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平成 年 月 日
	個人番号		被扶養者住所 (別居の場合のみ)			〒 -				

上記のとおり相違ありません
 パナソニック健康保険組合 理事長殿
 事業所所在地 〒 -
 事業所名称
 事業主氏名
 電話番号 事業所コード ()

事業所	責任者	係員

平成 年 月 日提出
 承認印 受付印

※任意継続保険に加入されている時は資格喪失年月日をご記入下さい
 (H 年 月 日)
 ※扶養減で非該当証明書が必要な場合、有に✓をお願いします