

特退・任継用

被保険者  
健康保険  
被扶養者

氏名変更届・生年月日訂正届

(該当のいずれかに✓を記入して下さい)

健保決裁欄	常務理事	所属長	担当者	係員

被保険者証				被保険者氏名			性別	被保険者生年月日			住所・電話番号			
記号		番号		氏名	姓	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	〒			
							<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				(自宅 - - ) (携帯 - - )			

変更・訂正を申請する対象者	変更・訂正後			性別	変更・訂正前			変更・訂正理由	変更・訂正日
	氏名		生年月日		氏名		生年月日		
	フリガナ				<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ		
フリガナ			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	平 . .
フリガナ			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	平 . .
フリガナ			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	平 . .

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日提出

受付日付印

- ※ 対象者の被保険者証を必ず添付してください (やむを得ず添付できない場合は健保へご連絡ください)
- ※ 変更・訂正を希望する方の、本人確認書類 (運転免許証、パスポート、住民票などの写し) を添付願います