

記入例

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

住所変更がある場合は、別途「被保険者住所変更届」をご提出願います

被 保 険 者 証										被 保 険 者 氏 名		性別	被 保 険 者 生 年 月 日			住所		
記号	9	1	番号	-	1	2	3	4	5	6	大阪	良子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	57年	7月	27日	〒000-0000 大阪府 ○○市 ○○町 ○丁目 ○-○ (自宅 000 - 000 - 0000) (携帯 000 - 0000 - 0000)

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 オオサカ	ヨシコ	<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 ケンボ	ヨシコ		
大阪	良子								
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

必ず添付願います