

正

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)

健康 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							
記号	1	0	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

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 大阪	ヨシコ 良子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	フリガナ ケンボ 健保	ヨシコ 良子	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
	フリガナ		<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"/> 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"/> 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 . .

被保険者は記入しないで下さい。

平成〇〇年〇〇月〇〇日提出

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所の所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

名 称 〇〇株式会社

事業主の氏名 大阪府門真市〇〇番地  
△△ △△

電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇



事業所コード

(〇〇〇〇〇)

\* (注) 対象被扶養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康保険被保険者証返却不能届もしくは健康保険被保険者証回収不能届をご添付ください。

事業 所用	責任者	担当者

受付日付印