正

担 当

健康保険 □被保険者 □氏 名 変 更 □被扶養者 □生年月日訂正 届

※健康保険資格確認書をお持ちの方は添付してください
（被保険者の氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員分の添付も必要です）

※文字の消えないペンで記入してください

記号	被保険者等番号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日
10			□昭 和 □平 成 □令 和 年 月 日

		フリガナ / 氏名	生年月日	変更(訂正)日 / 申請理由
変更・訂正を申請する対象者	変更(訂正)後		□昭 和 □平 成 □令 和	令和 年 月 日
	変更(訂正)前		□昭 和 □平 成 □令 和	□結婚 □申請誤り □その他( )
	変更(訂正)後		□昭 和 □平 成 □令 和	令和 年 月 日
	変更(訂正)前		□昭 和 □平 成 □令 和	□結婚 □申請誤り □その他( )
	変更(訂正)後		□昭 和 □平 成 □令 和	令和 年 月 日
	変更(訂正)前		□昭 和 □平 成 □令 和	□結婚 □申請誤り □その他( )

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地
事 業 所 名 称
事業主（代理人）氏名
事業所コード（ ）

本件問合せ連絡先 （本件問合せに必要ですので、必ず記入してください）
部署・担当者氏名
電 話 連 絡 先

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

健保承認印	健保受付印

パナソニック健康保険組合

2025.12

副

担 当

健康保険 □被保険者 □氏 名 変 更 □被扶養者 □生年月日訂正 届

※健康保険資格確認書をお持ちの方は添付してください
（被保険者の氏名を訂正・変更する場合は、被扶養者全員分の添付も必要です）

※文字の消えないペンで記入してください

記号	被保険者等番号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日
10			□昭 和 □平 成 □令 和 年 月 日

		フリガナ / 氏 名	生 年 月 日	変更(訂正)日 / 申請理由
変更・訂正を申請する対象者	変更(訂正)後		□昭 和 □平 成 □令 和	令和 年 月 日
	変更(訂正)前		□昭 和 □平 成 □令 和	□結婚 □申請誤り □その他( )
	変更(訂正)後		□昭 和 □平 成 □令 和	令和 年 月 日
	変更(訂正)前		□昭 和 □平 成 □令 和	□結婚 □申請誤り □その他( )
	変更(訂正)後		□昭 和 □平 成 □令 和	令和 年 月 日
	変更(訂正)前		□昭 和 □平 成 □令 和	□結婚 □申請誤り □その他( )

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地
事 業 所 名 称
事業主（代理人）氏名
事業所コード（ ）

本件問合せ連絡先 （本件問合せに必要ですので、必ず記入してください）
部署・担当者氏名
電 話 連 絡 先

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

健保承認印	健保受付印

パナソニック健康保険組合

2025.12