正

記入例

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	7 6 5 4 3 2 1	健保　花子	☐昭和 ☑平成 ☐令和　0 1 年　0 6 月　1 0 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	ケンポ　ハナコ 健保　花子	☐昭和 ☐平成 ☐令和	令和 6 年 12 月 1 日
	変更(訂正)前	オオサカ　ハナコ 大阪　花子	☐昭和 ☐平成 ☐令和	☑結婚 ☐申請誤り ☐その他（　）
			☐昭和 ☐平成 ☐令和	月 日 ☐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（　）

委と名の間は1文字あけてください

フリガナは15文字まで（スペース含む）
氏名は9文字まで（スペース含む）

性別の変更・訂正はこちらに記入してください

・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（　　）

この欄は事業主記入欄ですので、
被保険者は記入しないでください

本件問合せ連絡先 （本件
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

記入例

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	7 6 5 4 3 2 1	健保　花子	☐昭和 ☑平成 ☐令和　0 1 年　0 6 月　1 0 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	ケンポ　ハナコ 健保　花子	☐昭和 ☐平成 ☐令和	令和 6 年 12 月 1 日
	変更(訂正)前	オオサカ　ハナコ 大阪　花子	☐昭和 ☐平成 ☐令和	☑結婚 ☐申請誤り ☐その他（　）
			☐昭和 ☐平成 ☐令和	月　日 ☐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（　）

姓と名の間は1文字あけてください

フリガナは15文字まで（スペース含む）
氏名は9文字まで（スペース含む）

性別の変更・訂正はこちらに記入してください

・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（　　）

この欄は事業主記入欄ですので、
被保険者は記入しないでください

本件問合せ連絡先 （本件
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