

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	■ 保険証

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 △△月 ○○日

氏名

健康保険 被扶養者 生年月日 変更(訂正)届  
性 別

下記の被扶養者について、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)をお願いいたします。

被保険者証 記号・番号	被 保 険 者 氏 名
5 9 × × - × × × × ×	フリガナ ケンポ タロウ
	健保 太郎

※変更(訂正)をする被扶養者のみご記入ください

被扶養者氏名	生年月日	変更(訂正)内容
フリガナ ケンポ ヨシコ	昭和	
健保 よし子	平成 60年 12月 30日	健保 → 佐藤
フリガナ	昭和	
	平成 年 月 日	→
フリガナ	昭和	
	平成 年 月 日	→
フリガナ	昭和	
	平成 年 月 日	→

上記の届出のとおり相違ありません

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印