

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	■保険証または資格確認書

		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。

被保険者等 記号・番号	被 保 険 者 氏 名
5 9 -	フリガナ

※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	昭和 平成 年 月 日 令和	→
フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和	→
フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和	→
フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和	→

<p>上記の届出のとおり相違ありません</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>

受付日付印