

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

令和〇〇年△△月〇〇日

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 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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span>	
健保 よし子	平成 60年 12月 30日 令和	健保 → 佐藤
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	→

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