

正

健康保険被扶養者異動届

健保決裁欄	常務理事	部 長	課 長	主 担 者	係 員

(注) 太枠で囲んだところはすべて事実を正確に記入してください。

被 保 険 者 証										氏 名			性 別	生 年 月 日				住 所			
記 号	1	0	番 号	4	0	3	1	1	1	3	吉原 毅	印	男	昭 5	60 年	09 月	20 日	〒814-0113 福岡県福岡市城南区田島 1 - 6 - 2 9			

異動 内容	フリカナ					(カタカナ)					性別	生年月日					被保険者 との続柄	認定年月日				削除年月日				同居の 有無	異 動 理 由		収入(年間) の有無 (千円)	保険証添付 の有無								
	氏					名						異 動 年 月 日											妻出産		理由		有・無											
増 1	ヨ	シ	ハ	ラ			ミ	オ								女 2	令 9	03	年	09	月	30	日	長女								同居	妻出産		無	有・無		
	吉	原						澪																											理由			
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																							
																																						有・無
																																					理由	
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																							
																																					有・無	
																																					理由	
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																							
																																					有・無	
																																					理由	
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																							

上記のとおり相違ありません。

令和 03 年 10 月 12 日 提出

パナソニック健康保険組合

理事長 殿

住 所 〒
事 業 所 名 称
事業主氏名

印

責任者	係 員	健保受付
		年 月 日

異動内容（増）の場合 任意継続保険に加入されている時は喪失年月日をご記入ください。（ R 年 月 日）
異動内容（減）の場合 対象被扶養者の被保険者証を必ず添付し、添付無しの場合は理由をご記入ください。
収入の有無欄の記入は不要です。

健保承認欄	
-------	--

副

健康保険被扶養者異動届

秘 confidential
規定の
until: 保存期限 迄

健保係員

(注) 太枠で囲んだところはすべて事実を正確に記入してください。

被 保 険 者 証										氏 名					性 別	生 年 月 日				住 所										
記号	1	0	番号	4	0	3	1	1	1	3	吉原 毅	印	男	昭5	60	年	09	月	20	日	〒814-0113 福岡県福岡市城南区田島 1 - 6 - 2 9									

異動 内容	フリカナ										(カタカナ)										性別	生年月日					被保険者 との続柄	認定年月日				削除年月日				同居の 有無	異 動 理 由		収入(年間) の 有 無 (千円)	保険証添付 の 有 無	
	氏										名																										異 動 年 月 日			添付無しの理由	
増1	ヨシハラ										ミオ										女2	令9	03	年	09	月	30	日	長女	年	月	日	年	月	日	同居	妻出産		無	有・ 無	
個人番号	*****										*****																										03 年 09 月 30 日			理由	
																					年	月	日	年	月	日	年	月	日				理由								
個人番号	*****										*****																				年	月		日	年	月	日	年	月	日	
																					年	月	日	年	月	日	年	月	日												
個人番号	*****										*****																				年	月	日	年	月	日	年	月	日		
																					年	月	日	年	月	日	年	月	日												
個人番号	*****										*****																				年	月	日	年	月	日	年	月	日		

上記のとおり相違ありません。令和 03 年 10 月 12 日 提出

パナソニック健康保険組合

理事長 殿

住 所 〒
事 業 所 名 称
事業主氏名

印

責任者	係 員	健保受付
		年 月 日

届出の際には正副 2 通提出してください。

21390 イノベーションC 1 係
社内メール宛先： 911-E2C
CNS 福岡関係
イノベーションセンター

健保承認欄	
-------	--