

# 健康保険 被扶養者マイナンバー（個人番号）届

提出者記入欄	令和 年 月 日	
	届書記入のマイナンバーに誤りがないことを確認しました。 〒 -	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	(印)
電話番号	( )	

常務理事	事務長	係員	担当者

担当者印

健保受付印

被保険者本人の届出意思を確認しました。

上記に印がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

被保険者（届出者）	被保険者記号	(フリガナ)		生年月日	昭和	年	月	日	
		氏名	(氏) (名)		平成				
	被保険者番号	〒 -							
	被保険者住所	<input type="checkbox"/> 住民票住所の場合し点をしてください。 (フリガナ)							

被扶養者 1	氏名	(氏) (名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	
	マイナンバー			事由発生日	令和	年	月	日	

被扶養者 2	氏名	(氏) (名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	
	マイナンバー			事由発生日	令和	年	月	日	

被扶養者 3	氏名	(氏) (名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	
	マイナンバー			事由発生日	令和	年	月	日	

※個人番号の利用目的について

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。