

記号

# 健康保険 被保険者マイナンバー（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 ( )	

担当者印

常務理事	事務長	係員	担当者

健保受付印

被保険者 1	被保険者番号	氏名 (氏) (名)	生年月日	昭和 年 月 日	届出理由 いつれかに ○を してください。	海外より帰国 初めて日本居住 届出遅れ ( ) その他 ( )
	マイナンバー	事由発生日	平成 年 月 日	令和 年 月 日		

被保険者 2	被保険者番号	氏名 (氏) (名)	生年月日	昭和 年 月 日	届出理由 いつれかに ○を してください。	海外より帰国 初めて日本居住 届出遅れ ( ) その他 ( )
	マイナンバー	事由発生日	平成 年 月 日	令和 年 月 日		

被保険者 3	被保険者番号	氏名 (氏) (名)	生年月日	昭和 年 月 日	届出理由 いつれかに ○を してください。	海外より帰国 初めて日本居住 届出遅れ ( ) その他 ( )
	マイナンバー	事由発生日	平成 年 月 日	令和 年 月 日		

被保険者 4	被保険者番号	氏名 (氏) (名)	生年月日	昭和 年 月 日	届出理由 いつれかに ○を してください。	海外より帰国 初めて日本居住 届出遅れ ( ) その他 ( )
	マイナンバー	事由発生日	平成 年 月 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。