

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
	事業所 所在地
	事業所 名称
	事業主 氏名
	電話番号

届書記入のマイナンバーに誤りがないことを確認し  
〒 -

## 事業主印

( )

担当者印
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	
	マイナンバー	* * * * *	事由発生日	平成 * 年 * 月 * 日	届出理由 いづれかに ○を してくださ	

帰任のときは帰任日  
 初めて日本居住のときは居住日  
 入社ときは入社日  
 紛失により再発行した場合は新しい番号の取得日

被保険者 2	被保険者番号	氏名	(氏) (名)	生年月日	昭和 年 月 日	
	マイナンバー			事由発生日	平成 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	
	マイナンバー			事由発生日	平成 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	
	マイナンバー			事由発生日	平成 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。