

# 健康保険 マイナンバー（個人番号）提出拒否届

令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

事業主記入欄

下記の通り被保険者から申請がありましたので届出いたします。

〒 -

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

事業主印

常務理事	事務長	係員	担当者

健保受付印

確認者  
(担当者印)

印

## -- マイナンバー利用目的 --

マイナンバーは、社会保障、税、災害対策の法令で定められた手続のために、国や地方公共団体、勤務先、金融機関、年金・医療保険者などに提供するものです。マイナンバーの提供を受けた者は、こうした法令で定められた目的以外にマイナンバーを利用することはできません。

2021年10月より、医療機関で健康保険証としても利用可能になっております。

なお、マイナンバーカード（個人番号カード）はマイナンバーそのものと違い様々な用途での活用が可能です。カードのICチップには電子証明書などの機能を搭載しており、これらの機能は民間事業者も含め様々な用途に活用することができます。電子証明書などの利用の際にはマイナンバー自体は利用することも提供することはありません。

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。

HOYA健康保険組合 理事長殿  
上記の利用目的を理解した上で届出拒否します。

被保険者  
氏名

被保険者・届出者	被保険者記号	氏名	(フリガナ) ○○○ ○○○○	生年月日	昭和 * * * * *	年	月	日
	***	(氏) ○○○ (名) ○○○○	〒 -	平成				
	被保険者番号	被保険者住所	(フリガナ) -	フリガナを記入してください。				
	*****			都道府県から記入してください。				

被保険者本人の届出意思を確認しました。 ※左記に  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。

## -- マイナンバー届出拒否者 --

<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者本人			生年月日	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	(氏) ○○○	(名) ○○○○	続柄 *	生年月日 昭和 * * * * * 平成 * * * * *	備考
<input type="checkbox"/>	(氏)	(名)	続柄	生年月日 昭和 平成 令和	備考
<input type="checkbox"/>	(氏)	(名)	続柄	生年月日 昭和 平成 令和	備考
<input type="checkbox"/>	(氏)	(名)	続柄	生年月日 昭和 平成 令和	備考

※該当者の左記に  をしてください。

マイナンバー届出拒否の理由

必ず記載してください。