記号
＊＊＊

健康保険　被保険者マイナンバー（個人番号）届

常務理事	事務長	係員	担当者

提出者記入欄

令和	＊＊　年　＊＊　月　＊＊　日
事業所所在地	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 〒　　－
事業所名　称	事業主印
事業主氏　名	㊞
電話番号	（　　）

担当者印
㊞

☐ 被保険者本人の届出意思を確認しました。

上記に ☑ 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。

健保受付印

被保険者1

被保険者番号	氏　名		生年月日						
＊＊＊＊＊	（氏）○○○	（名）○○○○ 印		昭和 平成	＊	＊ 年	＊	＊ 月	＊ ＊ 日

マイナンバー													事由発生日							届出理由
	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊		平成 令和	＊	＊ 年	＊	＊ 月	＊	＊ 日

いづれかに○をしてくださ
海外より帰国
初めて日本居住
届出遅れ　（　　）
その他　（　　）

帰任のときは帰任日
初めて日本居住のときは居住日
入社のときは入社日
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		生年月日						
	（氏）			昭和 平成		年		月	日

マイナンバー													事由発生日							届出理由
														平成 令和		年		月		日

いづれかに○をしてくださ
海外より帰国
初めて日本居住
届出遅れ　（　　）
その他　（　　）

被保険者3

被保険者番号	氏　名		生年月日						
	（氏）	（名）		昭和 平成		年		月	日

マイナンバー													事由発生日							届出理由
														平成 令和		年		月		日

いづれかに○をしてくださ
海外より帰国
初めて日本居住
届出遅れ　（　　）
その他　（　　）

被保険者4

被保険者番号	氏　名		生年月日						
	（氏）	（名）		昭和 平成		年		月	日

マイナンバー													事由発生日							届出理由
														平成 令和		年		月		日

いづれかに○をしてくださ
海外より帰国
初めて日本居住
届出遅れ　（　　）
その他　（　　）

※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。

令和6年11月20日現在