

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 〒 - | |
| | 事業所所在地 | <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 20px; border-radius: 10px; font-size: 2em; font-weight: bold;">事業主印</div> |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| 電話番号 | | |

| | |
|------|---|
| 担当者印 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> |
|------|---|

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 担当者 |
| | | | |

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・届出者 | 被保険者記号 | 氏名 | (フリガナ) ○○○○ | (名) ○○○○ | 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 | フリガナを記入してください。 | | | | | | |
| | ***** | | 健保への届出済住所を記入してください。 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|-----------|----------|-------|----|------|--------------|---------|-------|-------|
| 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 | * * * * * | | | | | 平成 | | | |
| | | | | 事由発生日 | 令和 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

続柄は長男、長女のように記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|---------|----------|-------|----|------|--------------|---------|-------|-------|
| 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 | | | | | | 平成 | | | |
| | | | | 事由発生日 | 令和 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

海外に帯同していたのち初めて日本居住のときは居住日
 被保険者入社ときは入社日
 出生の時は出生日

| | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|---------|----------|-------|----|------|--------------|---------|-------|-------|
| 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 | | | | | | 平成 | | | |
| | | | | 事由発生日 | 令和 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

※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。