

常務理事	事務長	担当	担当

個人番号(マイナンバー)届

- 登録
 変更

被保険者等記号	被保険者等番号	被保険者氏名	被保険者生年月日								
100	123456	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	50	年	10	月	11	日		
社員番号	被保険者メールアドレス		被保険者電話番号								
1234	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		03-0000-0000								
被保険者住民票住所			被保険者個人番号								
〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3			〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
被扶養者氏名	被扶養者生年月日		被扶養者個人番号								
健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 7 22 年 月 日	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
届出理由	<input checked="" type="checkbox"/> 子供の個人番号が通知されたため <input type="checkbox"/> 個人番号が変更になったため <input type="checkbox"/> その他 ()										

【注意事項】

- 個人番号が確認できる書類の写し(マイナンバーカード、個人番号通知カード、個人番号記載の住民票等のいずれか)を添付してご提出ください。
- 送付の際には、配達記録が残る方法でご提出いただきますようお願いいたします。

受付日付印