

事業所記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

マイナンバー（個人番号）届出書

【個人番号の利用目的について】

当健康保険組合は、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、給付及び徴収業務で利用します。

被保険者	記号一番号	—		
	氏名	(フリガナ)		生年月日

被保険者本人	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄
	個人番号					個人番号（12桁）をご記入ください
	住所※	〒	—	理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他[]		
対象者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄
	個人番号					個人番号（12桁）をご記入ください
	住所※	〒	—	理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他[]		
対象者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄
	個人番号					個人番号（12桁）をご記入ください
	住所※	〒	—	理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他[]		
対象者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄
	個人番号					個人番号（12桁）をご記入ください
	住所※	〒	—	理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他[]		

※個人番号を記入した場合は、住所・理由の記入は不要です。

※個人番号取得時には、「本人確認」「身元確認」が必要です。

被保険者の確認は、事業主が行なうこととなります。

また被扶養者の確認は、被保険者が行なうこととなりますので事業主が行なう必要はありません。