

健康保険 個人番号(マイナンバー)届出書

事業所提出用

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

※「届出ができないときはその理由」欄については、次の該当の番号を記入してください。
 なお、3の場合はその内容も記入してください。

1. 事業所への届出拒否
2. 日本国内に住民票がなく個人番号が未通知(海外居住者)
3. その他(『3』の番号を回答欄に記入のうえ、その内容も記入してください)

対象者	記号	番号	対象者の氏名	続柄	個人番号						届出ができない時はその理由(※)								
					12	桁	の	数	-	字	を	ご	記	-	入	下	さ	い	
①	〇〇〇	〇〇〇〇	健保 太郎	本人	12	桁	の	数	-	字	を	ご	記	-	入	下	さ	い	2
②	〇〇〇	〇〇〇〇	健保 花子	次女	12	桁	の	数	-	字	を	ご	記	-	入	下	さ	い	3 まだマイナンバーが附番されていないため
③																			
④																			
⑤																			
⑥																			
⑦																			
⑧																			
⑨																			
⑩																			

(1.0)

令和 年 月 日 提出

事業所所在地・名称等は、必ずご記入いただき提出ください。

受付日付印

上記のとおり届出があり、本人確認がとれましたので提出します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

【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。