

『被保険者本人記入欄』は、被保険者・被扶養者  
どちらを提出する場合でも必ずすべての欄に記入  
をお願いします。

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 個人番号(マイナンバー)記入票

被保険者提出用

### 【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。

被 保 険 者 本 人	被保険者氏名	個人番号※				
	健保 太郎	マイナンバーカードに記載された 12桁の数字をご記入下さい				
被 扶 養 者	被保険証の記号・番号	生年月日	性別	住民票住所		
	〇〇〇 - 〇〇〇〇	昭 平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	男・女	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇1-1-1		
1	氏名	個人番号※				
	健保 花子	マイナンバーカードに記載された 12桁の数字をご記入下さい				
	生年月日	続柄	性別	住民票住所(別居している場合のみご記入ください)		
	昭 平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	長女	男・女	〒 - 同居の場合は記入不要です。		
2						
	昭 平 令 年 月 日		男・女	〒 -		
3						
	昭 平 令 年 月 日		男・女	〒 -		

※通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード)に記載された個人番号(12桁)を太枠内にご記入ください。

必ずマイナンバーカードの写しか、提出日より3ヶ月以内に発行されマイナンバーが記載された  
住民票(本籍以外の項目は省略不可)の原本を添付ください

マイナンバーカードの写し  住民票

どちらか添付いただいたものに☑(チェック)を入れていただき、ご送付ください。

[法令により、特定個人情報として通常の個人情報よりも厳格に取り扱うことが求められておりますのでお手  
数をおかけしますが、本人確認として添付書類のご提出をお願いいたします]

(1.1)

特定個人情報になりますので、ご送付いただく際には必ず簡易書留またはレターパックプラスでご郵送ください。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

①記入票 + マイナンバーカードの写し(記入票対象者全員分のコピー)

②記入票 + 住民票(記入対象者のマイナンバーが記載されたもの)

上記、①もしくは②を簡易書留かレターパックプラスで健康保険組合までご郵送ください。