

健康保険 個人番号(マイナンバー)届出書(事業所用)

常務理事	事務長	担当者

事業所記号

〈下記枠内の個人番号12桁を記入の上提出します〉

被保険証の番号	区分	漢字氏名	生年月日	性別	個人番号(12桁)			備考
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				

※複数枚になる場合、2枚目以降は押印不要です

令和 年 月 日

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話	- -

【個人番号の利用目的について】
被保険者及び被扶養者の個人番号(マイナンバー)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また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致します。

受付日付印