

常務理事	事務長	業務課長	担当者

マイナンバー届出書

届出いただいた個人番号(マイナンバー)については、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(平成25年法律第27号)別表第1の2の項(第9条関係)に規定する「健康保険法による保険給付の支給、保健事業若しくは福祉事業の実施又は保険料等の徴収に関する事務」に利用します。

○被保険者

被保険者証の記号番号				職 員 番 号				氏 名			
記号		番 号						フリガナ			
性別	男 ・ 女			生年月日				昭和・平成	年	月	日

○対象者

フリガナ					性別	続柄	生 年 月 日			
氏 名					男 女		昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号 (マイナンバー)										
フリガナ					性別	続柄	生 年 月 日			
氏 名					男 女		昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号 (マイナンバー)										
フリガナ					性別	続柄	生 年 月 日			
氏 名					男 女		昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号 (マイナンバー)										
フリガナ					性別	続柄	生 年 月 日			
氏 名					男 女		昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号 (マイナンバー)										

※個人番号(マイナンバー)は、市区町村長から発行された「個人番号通知カード」、
または「個人番号カード」により正確に記載してください。

受付日付印