

健康保険 個人番号（訂正／変更）届

常務理事	事務長	部長	副部長・次長	担当者

任意継続 被保険者分の届出

年 月 日提出

事業所名称等	事業所記号	100
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	任意継続被保険者
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

【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	被保険者等番号	氏名	(氏)	(名)	生年月日	5. 昭和	7. 平成	9. 令和							
	個人番号 (マイナンバー)	訂正、変更前				-				-					
		訂正、変更後				-				-					
変更年月日（変更の場合のみ）					9. 令和										

〔この届書に添付する書類〕

被保険者のマイナンバーをご記入いただいた場合は、成りすまし等を防止するため、以下の本人確認（番号確認、身元確認）書類の添付をお願いしております。ご理解とご協力をお願いします。

<マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの場合>

マイナンバーカードの表面・裏面の両方のコピーを添付ください。
 ※表面（写真のある面）が身元確認書類、裏面が番号確認書類となります。

<マイナンバーカードをお持ちでない場合>

①番号確認書類

- ・個人番号の通知カードのコピー（記載情報と現況に相違のないもの）
- ・住民票の写し（マイナンバーの記載があるもの）
- ・住民票記載事項証明書（マイナンバーの記載があるもの）

②身元確認書類

- ・運転免許証のコピー
- ・パスポート（顔写真のあるページ）のコピー
- ・その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー

※①のうち1点と、②のうち1点、合計2点が必要です。

（提出先・お問い合わせ先）

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階
 全国労働金庫健康保険組合 業務部
 TEL 03(5217)3162