

健康保険 個人番号（訂正／変更）届

< 被扶養者分の届出 >

常務理事	事務長	部 長	副部長・次長	担当者

年 月 日提出

提出者記入欄 (※)	事業所記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

※任意継続被保険者は、「事業所名称」欄に「任意継続」とご記入の上、労金健保へ直接郵送してください。

【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。

◎以下、被保険者が記入して、事業所担当者へ(任意継続被保険者は労金健保へ)提出してください。

被保険者	被保険者等番号		氏名		生年月日	5. 昭和 7. 平成						

★被扶養者の個人番号(マイナンバー)については、被保険者が被扶養者の本人確認を行ったうえで、提出していただくことになります。

被扶養者 1	被保険者からみた続柄		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							

被扶養者 2	被保険者からみた続柄		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							

被扶養者 3	被保険者からみた続柄		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							