被扶養者異動届(増)用

健康保険　個人番号(マイナンバー)届

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

【 注意事項 】
1. 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。
2. 特定個人情報(マイナンバー)保護の観点から、手渡しや簡易書留等の追跡可能な移送手段にて送付願います。

記入日	令和　　年　　月　　日			
被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。

※申請する家族について記入してください。

続柄		被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号(12ケタ)									

続柄		被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号(12ケタ)									

続柄		被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号(12ケタ)									

続柄		被扶養者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
個人番号(12ケタ)									

事業所所在地

事業所名称

事業主名

受付印

T0100(R06.12)