

個人番号届(被扶養者用)

令和 年 月 日提出

業務部長	業務課長	係長	担当者

受付印

事業所情報	記号	
	所在地	〒 -
	名称	
	事業主名	印
	電話番号	- -

社会保険労務士の提出代行者印

印

※事業主名が自署の場合は、押印を省略できます。

被保険者情報	番号	氏名	フリガナ 氏 名	生 年 日 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	備考							

被扶養者1	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生 年 日 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号							
	備考							

被扶養者2	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生 年 日 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号							
	備考							

被扶養者3	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生 年 日 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号							
	備考							

被扶養者4	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生 年 日 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号							
	備考							

(個人番号の利用目的について)

健康保険組合では、被保険者およ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また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。