

健康保険 個人番号届 (被扶養者用)

保険証記号		事業所名	
被 保 険 者	保険証 番号		フリガナ 氏名
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
		性別	男・女

被 扶 養 者 ①	氏名	フリガナ	続柄	個人番号 再発行の 場合は○	再発行
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	個人番号	

被 扶 養 者 ②	氏名	フリガナ	続柄	個人番号 再発行の 場合は○	再発行
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	個人番号	

被 扶 養 者 ③	氏名	フリガナ	続柄	個人番号 再発行の 場合は○	再発行
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	個人番号	

被 扶 養 者 ④	氏名	フリガナ	続柄	個人番号 再発行の 場合は○	再発行
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	個人番号	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主の氏名

● 注意事項

- ・ 個人番号取得に際し、確実に本人確認を行ってください。
- ・ 個人番号は、誤りの無いよう細心の注意を払って記入してください。
- ・ 特定個人情報につき、提出の際は記録の残る「簡易書留」等にて送付ください。

【提出の流れ】 事業所 → 健保組合

健保受付印