

常務理事	事務長	課長	係長	担当

愛知県情報サービス産業健康保険組合 行

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	氏名	フリガナ	性別
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	男・女

被扶養者①	氏名	フリガナ	性別	男・女	続柄
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	個人番号	

被扶養者②	氏名	フリガナ	性別	男・女	続柄
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	個人番号	

被扶養者③	氏名	フリガナ	性別	男・女	続柄
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	個人番号	

被扶養者④	氏名	フリガナ	性別	男・女	続柄
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	個人番号	

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主の氏名 印

● 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。

健保受付印

【提出の流れ】 事業所 → 健保組合