

常務	部長	課長	主任	担当者

健康保険被保険者・被扶養者 個人番号届

健康保険事業所整理記号	
-------------	--

(注：資格取得届と同時に又は不明の場合、被保険者番号の記入は不要です)

健康保険被保険者番号(注)	被保険者(被扶養者)の氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号(マイナンバー)
	(フリガナ)	男・女	年 月 日		
	(氏)		昭和 平成 令和		
	(フリガナ)	男・女	年 月 日		
	(氏)		昭和 平成 令和		
	(フリガナ)	男・女	年 月 日		
	(氏)		昭和 平成 令和		
	(フリガナ)	男・女	年 月 日		
	(氏)		昭和 平成 令和		
	(フリガナ)	男・女	年 月 日		
	(氏)		昭和 平成 令和		
	(フリガナ)	男・女	年 月 日		
	(氏)		昭和 平成 令和		

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出

受付日付印