

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 個人番号(マイナンバー)記入票

被保険者提出用

**【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。

被 保 険 者 本 人	被保険者氏名		個人番号※					
	被保険証の記号・番号	生年月日	性別	住民票住所				
-	昭 平 年 月 日	男・女	〒 -					
被 扶 養 者	氏 名		個人番号※					
	1	生年月日	続柄	性別	住民票住所(別居している場合のみご記入ください)			
	昭 平 令	年 月 日		男・女	〒 -			
	2	生年月日	続柄	性別	住民票住所(別居している場合のみご記入ください)			
	昭 平 令	年 月 日		男・女	〒 -			
	3	生年月日	続柄	性別	住民票住所(別居している場合のみご記入ください)			
昭 平 令	年 月 日		男・女	〒 -				

※通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード)に記載された個人番号(12桁)を太枠内にご記入ください。

必ずマイナンバーカードの写しか、提出日より3ヶ月以内に発行されマイナンバーが記載された住民票(本籍以外の項目は省略不可)の原本を添付ください

マイナンバーカードの写し  住民票

どちらか添付いただいたものに☑(チェック)を入れていただき、ご送付ください。

[法令により、特定個人情報として通常の個人情報よりも厳格に取り扱うことが求められておりますのでお手数をおかけしますが、本人確認として添付書類のご提出をお願いいたします]

(1.1) 特定個人情報になりますので、ご送付いただく際には必ず簡易書留またはレターパックプラスでご郵送ください。

令和 年 月 日 提出 受付日付印