

健康保険 被扶養者 個人番号届

(処理日)

事務局長	部 長	課 長	係 長	主任・係

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日											
				昭 平 年 月 日											
被 扶 養 者 氏 名		続 柄	生 年 月 日	個 人 番 号 (12ケタ)										種別	
			昭 平 年 月 日												追加 訂正
			昭 平 年 月 日												追加 訂正
			昭 平 年 月 日												追加 訂正
			昭 平 年 月 日												追加 訂正

令和 年 月 日 提出

上記のとおり被保険者から被扶養者個人番号の届出がありましたので提出します。		令和 年 月 日	
事業所所在地	〒 -	下記をご確認のうえ、確認欄にチェック☑をお願いします。	
事業所名称		確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
事業主氏名		☐	
電 話 ()		社会保険労務士の提出代行者	

受付日付印

・この用紙は健康保険 被扶養者異動届において個人番号の提出が出来なかった場合もしくは提出した個人番号に誤りがあった場合に提出してください。
・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、給付業務で利用します。