

# 個人番号届(被扶養者用)

令和 年 月 日提出

業務部長	業務課長	係長	担当者

受付印

事業所情報	被保険者等記号	
	所在地	〒 -
	名称	
	事業主名	
	電話番号	- -

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

被保険者情報	被保険者等番号	氏名	フリガナ 氏 名	生年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	備考							

被扶養者1	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号				申請理由 必ず〇を つけてください	1.申請時未記入のため		
	備考					2.誤記入のため		
					3.紛失等による再発行のため			
					4.その他(備考欄にご記入ください)			

被扶養者2	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号				申請理由 必ず〇を つけてください	1.申請時未記入のため		
	備考					2.誤記入のため		
					3.紛失等による再発行のため			
					4.その他(備考欄にご記入ください)			

被扶養者3	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号				申請理由 必ず〇を つけてください	1.申請時未記入のため		
	備考					2.誤記入のため		
					3.紛失等による再発行のため			
					4.その他(備考欄にご記入ください)			

被扶養者4	続柄	氏名	フリガナ 氏 名	生年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日
	個人番号				申請理由 必ず〇を つけてください	1.申請時未記入のため		
	備考					2.誤記入のため		
					3.紛失等による再発行のため			
					4.その他(備考欄にご記入ください)			

(個人番号の利用目的について)

健康保険組合では、被保険者およ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また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。