

個人番号(登録・変更)届

常務理事	事務長	統括	担当

健保承認日:令和 年 月 日

届出事項	記号	番号	氏名									
			フリガナ									
	記入日		生年月日				性別		続柄			
	令和 年 月 日		昭和 平成 令和 西暦 年 月 日				男 女		1 被保険者 2 配偶者 3 未届の配偶者 4 子 5 養子 6 父母・養父母 7 義父母 8 兄弟姉妹 9 孫 10 その他()			
	個人番号 ※1											
住民票住所 ※2												
〒 寮・マンション等部屋番号まで正確に住民票の通り記載ください												

◆外国籍の方は下記に該当があれば記入してください。

届出事項	ローマ字氏名
	通称名

事業所	5情報確認 ※3	個人番号関係事務実施者確認の自筆サイン
	以下の方法で本人確認をしました(該当□に✓) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号を確認できる書類(住民票等)及び身元確認のできる書類 <input type="checkbox"/> その他()	

※1.事業主にて番号法に基づく番号確認及び身元確認を行い、正確に届出下さい。

※2.健康保険の資格情報は、住民票の情報と突合するという用途で用いられることや、被扶養者の国内居住要件は、住民票の有無で判断するとされていることを踏まえ、住民票通り正確に記載下さい。

記載通り正確でない場合は、オンライン資格確認システムに登録ができず医療機関の窓口で資格確認できません。

※3.変更届の場合で外字を使用している場合は、直近3カ月以内の住民票を添付下さい。