

資格取得届添付用

個人番号届 (健康保険組合用)

常務理事	事務局長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

事業所記号					
-------	--	--	--	--	--

事業所所在地	〒 _____				
事業所名称					
事業主氏名					
電話	(_____) _____ ⑩				

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

【個人番号の利用目的】

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、給付及び徴収業務で利用する。

被保険者番号						氏名									
生年月日	昭和 平成	年	月	日	個人番号 (12ケタ)				-						
備考															

被保険者番号						氏名									
生年月日	昭和 平成	年	月	日	個人番号 (12ケタ)				-						
備考															

被保険者番号						氏名									
生年月日	昭和 平成	年	月	日	個人番号 (12ケタ)				-						
備考															

被保険者番号						氏名									
生年月日	昭和 平成	年	月	日	個人番号 (12ケタ)				-						
備考															