

任意継続被保険者用

申請日 令和 年 月 日

健康保険 被扶養者個人番号（マイナンバー）変更届

常務理事	事務長		担当

※任意継続被保険者以外の方は事業主へ手続きを確認してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号	記 号		番 号	
	被保険者 氏 名				
対 象 者 情 報	氏 名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住 所	(フリガナ)	※住民票のとおりに記入してください		
届 出 情 報	変更前の 個人番号				※必ずマイナンバー カードを確認し正確に 記入すること
	変更後の 個人番号				
	個人番号の 変更年月日	令和	年	月	日

■この届書は、提出した個人番号に誤りがあった場合や紛失等により個人番号が変更になった場合に届け出いただくものです。
■届け出いただいた個人番号は番号利用法（マイナンバー法）に定める事務のみに利用し、適正に保管・管理いたします。
■被保険者本人が届出を行ってください。
■個人番号は口頭やお電話でのお問い合わせが一切行えません。ご記入に誤りがあった場合は、再度のご提出が必要となります。
お手数ですが、記入後、再度ご確認のうえご提出いただきますようお願いいたします。

受付日付印