

提出経路：《届出者》→《事業所健保担当者》

仰決裁	常務理事	事務長	照合	担当

レゾナック健康保険組合御中

## 個人番号(マイナンバー) 届

被 保 険 者	記号		番号		氏名	
	会社名(事業所) 名称					

【届出対象者】

1	氏名				続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
	個人番号 ( 新規・変更 ) <small>新規or変更いずれかに○をしてください</small>							
	届出理由 (該当項目に○をしてください)	1. 子どもの個人番号が通知されたため 2. 個人番号が変更になったため 3. その他 ( )						
	備考							
2	氏名				続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
	個人番号 ( 新規・変更 ) <small>新規or変更いずれかに○をしてください</small>							
	届出理由 (該当項目に○をしてください)	1. 子どもの個人番号が通知されたため 2. 個人番号が変更になったため 3. その他 ( )						
	備考							
3	氏名				続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
	個人番号 ( 新規・変更 ) <small>新規or変更いずれかに○をしてください</small>							
	届出理由 (該当項目に○をしてください)	1. 子どもの個人番号が通知されたため 2. 個人番号が変更になったため 3. その他 ( )						
	備考							

【留意事項】

- ・個人番号の記入誤りがないかご確認ください。
- ・この届出は健康保険資格取得届、被扶養者変更届において個人番号の提出ができなかった場合、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。
- ・お届出の個人番号は、番号利用法に規定する「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」のために利用します。
- ・送付の際はセキュリティの観点から信書扱いでの送付にご協力願います。

事業所所在地	〒	届出日	年	月	日
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号					

健保受付日印