

店番	店名
----	----

個人番号変更届
(マイナンバー)

健保 記入 欄	常務理事	事務長	担当者

重要

※この届は必ず、各事業所（会社）の人事部（課）へ提出して下さい。（健保への送付は不可）

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ) 	番号(左づめ) 	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ -----		
	郵便番号		電話番号 (左づめ)	
	居住地	都 道 府 県		

対象者欄	対象者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	氏名 (フリガナ)	生年月日	申請理由
		(氏名)	同上	同上
		変更前の個人番号	変更後の個人番号	
	被扶養者①	氏名 (フリガナ)	生年月日	申請理由
		(氏名)	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
		変更前の個人番号	変更後の個人番号	
	被扶養者②	氏名 (フリガナ)	生年月日	申請理由
		(氏名)	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
		変更前の個人番号	変更後の個人番号	
被扶養者③	氏名 (フリガナ)	生年月日	申請理由	
	(氏名)	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	変更前の個人番号	変更後の個人番号		

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		