※事業主(会社)を通して ご提出ください。

fi	司	令和	年 丿	月		
常務理事	事務長	課 長	係 長	係		

健康保険 個人番号(訂正)届

先に提出した届出につきまして未記入であった個人番号(マイナンバー)を、以下のとおり届出いたします。

, - , , - , ,		_ ,	•					, –						, ,	
事業所記号															
被保険者等番号		J	氏	名								続	柄		
生年月日		•		個人番号											
被保険者等 番 号		Į	氏	名								続	柄		
生年月日				個人番号											
			_												
被保険者等 番 号		į	氏 	名								続	柄		
生年月日				個人番号											
被保険者等番号		j	氏	名								続	柄		
生年月日				個人番号											
•	!				•	-				=					
被保険者等番号		j	氏	名								続	柄		
生年月日				個人番号											
					•	=	•	-		<u> </u>	•				
〒 -			_							,		月 受付日		日提I 	出
事業主氏名										/	-	2,4 5		•	`
電話番	子号	() -	_										
T1 V 12 27 77	74-1 -							- 1							
社会保険労提 出 代	·務士の 行 者								名词	古屋選	薬業 傾	津康保	·険組	.合 F	R7.1