

※事業主(会社)を通して  
ご提出ください。

|      |     |     |     |   |   |
|------|-----|-----|-----|---|---|
| 伺    |     | 令和  | 年   | 月 | 日 |
| 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<br>番 号 |  | 氏 名  |  | 続柄 |  |
| 生年月日         |  | 個人番号 |  |    |  |

|              |  |      |  |    |  |
|--------------|--|------|--|----|--|
| 被保険者等<br>番 号 |  | 氏 名  |  | 続柄 |  |
| 生年月日         |  | 個人番号 |  |    |  |

|              |  |      |  |    |  |
|--------------|--|------|--|----|--|
| 被保険者等<br>番 号 |  | 氏 名  |  | 続柄 |  |
| 生年月日         |  | 個人番号 |  |    |  |

|              |  |      |  |    |  |
|--------------|--|------|--|----|--|
| 被保険者等<br>番 号 |  | 氏 名  |  | 続柄 |  |
| 生年月日         |  | 個人番号 |  |    |  |

|              |  |      |  |    |  |
|--------------|--|------|--|----|--|
| 被保険者等<br>番 号 |  | 氏 名  |  | 続柄 |  |
| 生年月日         |  | 個人番号 |  |    |  |

|               |   |     |
|---------------|---|-----|
| 事業所所在地<br>名 称 | 〒 | —   |
| 事業主氏名         |   |     |
| 電 話 番 号       | ( | ) — |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提 出 代 行 者 |  |
|-----------------------|--|

年 月 日提出

受付日付印