

常務理事	事務長	担当	担当

個人番号(マイナンバー)届

登録
 変更

被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名	被保険者生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
被保険者住民票住所			被保険者電話番号
〒 —			
被保険者メールアドレス		被保険者個人番号	
被扶養者氏名	被扶養者生年月日	被扶養者個人番号	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
届出理由	<input type="checkbox"/> 子供の個人番号が通知されたため <input type="checkbox"/> 個人番号が変更になったため <input type="checkbox"/> その他 ()		

【注意事項】

1. **個人番号が確認できる書類の写し**(マイナンバーカード、通知カード、個人番号記載の住民票等)を添付してご提出ください。
2. 送付の際には、配達記録が残る方法でご提出いただきますようお願いいたします。

受付日付印

【送付先】

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14
 バリューHRビルB1
 プロテリアル健康保険組合
 03-5990-2182

プロテリアル健康保険組合