

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													
100		〇〇〇〇〇		健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 53 6 7 <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									
〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇										03-〇〇〇〇-〇〇〇〇									
被保険者メールアドレス						被保険者個人番号													
aaaa.bbb@〇〇.ne.jp						X X X X X X X X X X X X X													
被扶養者氏名			被扶養者生年月日			被扶養者個人番号													
健保 一郎			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 7 1 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日			Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z													
			<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 checked="" 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

プロテリアル健康保険組合