

事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

個人番号届(被扶養者用)

提出日	令和	年	月	日

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	☎ ()

~~~~~ 受付印 ~~~~~

社会保険労務士記載欄

|     |  |
|-----|--|
| 氏名等 |  |
|-----|--|

|          |             |                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |   |   |   |  |  |  |  |
|----------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---|---|---|--|--|--|--|
| 被保険者欄    | 番号<br>(右づめ) |                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |   |   |   |  |  |  |  |
|          | 氏名          | 被扶養者の届書記入の個人番号に誤りがないこと確認しました。<br><table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>生年<br/>月日</td> <td>昭和<br/>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | 生年<br>月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
| 生年<br>月日 | 昭和<br>平成    | 年                                                                                                                                                                                                                                      | 月        | 日        |   |   |   |  |  |  |  |
|          |             |                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |   |   |   |  |  |  |  |

|       |      |                                                                                  |                                                                                                           |
|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被扶養者1 | 個人番号 |                                                                                  | 個人番号が指定されていない方は下のいずれかに✓をしてください                                                                            |
|       | 氏名   | (フリガナ) <input type="text"/><br>(氏) <input type="text"/> (名) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 短期在留外国人<br><input type="checkbox"/> 海外居住<br><input type="checkbox"/> その他(      ) |

|       |      |                                                                                  |                                                                                                           |
|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被扶養者2 | 個人番号 |                                                                                  | 個人番号が指定されていない方は下のいずれかに✓をしてください                                                                            |
|       | 氏名   | (フリガナ) <input type="text"/><br>(氏) <input type="text"/> (名) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 短期在留外国人<br><input type="checkbox"/> 海外居住<br><input type="checkbox"/> その他(      ) |

|       |      |                                                                                  |                                                                                                           |
|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被扶養者3 | 個人番号 |                                                                                  | 個人番号が指定されていない方は下のいずれかに✓をしてください                                                                            |
|       | 氏名   | (フリガナ) <input type="text"/><br>(氏) <input type="text"/> (名) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 短期在留外国人<br><input type="checkbox"/> 海外居住<br><input type="checkbox"/> その他(      ) |

|       |      |                                                                                  |                                                                                                           |
|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被扶養者4 | 個人番号 |                                                                                  | 個人番号が指定されていない方は下のいずれかに✓をしてください                                                                            |
|       | 氏名   | (フリガナ) <input type="text"/><br>(氏) <input type="text"/> (名) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 短期在留外国人<br><input type="checkbox"/> 海外居住<br><input type="checkbox"/> その他(      ) |

利用目的: 被保険者および被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。