

健康保険 個人番号（マイナンバー）届について

資格取得届及び被扶養者（異動）届の提出時に、個人番号の届出ができなかった方を対象に作成し組合にご提出ください。

記入例

令和 3 年 5 月 17 日提出									
提出者記入欄	健康保険事業所記号	1 2 3							
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3							
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社							
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇							
電話番号	03 (1234) 5678								
被保険者	被保険者整理番号	5678		氏名	フリガナ ケンポ 健保	タロウ 太郎		生年 月日	5 昭和 7. 平成 6 3 0 4 1 0
	個人番号	1 1 1 1 - 2 2 2 2 - 3 3 3 3	続柄	本人					
	備考	(届出いただけない場合、その該当理由に○をご記入ください) 1. 対象となる方が届出を拒否している 2. 日本国内に住民票がなく個人番号が通知されていない（海外居住者・短期在留外国人） 3. その他（ ）							
被扶養者1	被保険者整理番号	5678		氏名	フリガナ ケンポ 健保	ハナコ 花子		生年 月日	5 昭和 7. 平成 9. 令和 0 2 1 2 0 5
	個人番号	4 4 4 4 - 5 5 5 5 - 6 6 6 6	続柄	妻					
	備考	(届出いただけない場合、その該当理由に○をご記入ください) 1. 対象となる方が届出を拒否している 2. 日本国内に住民票がなく個人番号が通知されていない（海外居住者・短期在留外国人） 3. その他（ ）							

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- | | |
|-------------|--|
| ○ 事業所記号 | 右詰めでご記入ください。 |
| ○ 被保険者 整理番号 | 資格取得時に払い出された被保険者整理番号をご記入ください。 |
| ○ 氏名 | 住民票に登録されている氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナでご記入ください。） |
| ○ 個人番号 | 本人確認を行ったうえで、マイナンバーカード又は住民票に記載されているとおりにご記入ください。 |
| ○ 備考 | 届出いただけない方がいる場合、その該当理由に○をご記入ください。その他の場合は（ ）に理由をご記入ください。 |

書き間違えた場合の訂正方法について

- ① 間違えた箇所に二重線を引く。
- ② その上に正しい文言を書く。
- ③ その隣にフルネームで小さく署名する。

個人番号の利用目的

当組合は、被保険者・被扶養者の個人番号を、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（以下「番号法」）別表第1の定める利用範囲において利用します。

事業主が行う個人番号の取得について

事業主が個人番号を取得する際は、原則、「番号確認」及び「身元確認」（まとめて「本人確認」）が必要です。

「番号確認」の際は、個人番号通知カードや個人番号カード、マイナンバーが記載された住民票の提示、身元確認の際は運転免許証やパスポート等、顔写真入りの身分証明書の提示を従業員から受けてください。

なお、被扶養者の本人確認は、被保険者が実施しているという観点から行う必要はありません。

※番号法 第14条（提供の要求）及び健康保険法第197条（報告等）に基づき、事業主は健康保険組合へ被保険者・被扶養者の個人番号を提供する必要があります。