

健康保険 個人番号（マイナンバー）変更届について

健康保険組合に届出した個人番号に変更があった被保険者・被扶養者の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	フリガナ 氏名	ケンポ 太郎	生年 月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日									
	個人 番号	変更後	7	7	7	7	-	8	8	8	8	-	9	9	9	9	続柄	本人
	個人 番号	変更前	1	1	1	1	-	2	2	2	2	-	3	3	3	3		
	変更理由	マイナンバーカードを紛失したため																

被扶養者1	被保険者 整理番号	5678	フリガナ 氏名	ケンポ ハナコ	生年 月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日									
	個人 番号	変更後	8	8	8	8	-	7	7	7	7	-	1	1	1	1	続柄	妻
	個人 番号	変更前	4	4	4	4	-	5	5	5	5	-	6	6	6	6		
	変更理由	マイナンバーカードを紛失したため																

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 | 変更後の個人番号を記載する際は、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。
- 変更理由 | 個人番号を変更した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（訂正署名）

- 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被保険者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。