

マイナンバー（個人番号）報告書

健康保険被保険者ならびに被扶養者のマイナンバー（個人番号）は下記のとおりです。

被 保 険 者	被保険者記号											被保険者番号											
	個人番号											※個人番号は12ケタです。											
	氏名																						
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性	別	男・女															

被 扶 養 者 ①	個人番号										
	氏名										
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	性別	男・女									

被 扶 養 者 ②	個人番号										
	氏名										
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	性別	男・女									

被 扶 養 者 ③	個人番号										
	氏名										
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	性別	男・女									

被 扶 養 者 ④	個人番号										
	氏名										
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	性別	男・女									

事 業 主 欄	事業所所在地										
	事業所名称										
	事業主氏名										
	電話番号	()									

<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <p>受付日付印</p>
--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
-----------------------	---