

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: 100px; height: 100px; 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: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
-----------------------	---