

## 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	電 設 太 郎		
	生年月日	昭和 平成	○○年○○月○○日	性別

被 扶 養 者 ①	個人番号	□□□□□□□□□□□□										
	氏名	電 設 花 子										
	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	○○県 △△市 □□町 □□-△△		
	事業所名称	○△□ 株式会社		
	事業主氏名	□ □ □ □		
	電話番号	○△□ (○△□) ○△□○		

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             印         </div>
-----------------------	--