常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	主　任	係

個　人　番　号　届

事業所記号		被保険者番号	
被保険者氏名			

対象者氏名			
続　　柄		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
個　人　番　号　（12 ケタ）			

提出理由 該当する理由に ○をしてください	1．資格取得時等に記載ができなかったため 2．資格取得時等に記載誤りがあったため 3．紛失等により番号が変更となったため 4．その他（下記に理由を記入ください） 【理由　　】
未記入理由 個人番号未記入の場合は ○をしてください	1．海外在住　　2．短期在留 3．その他（下記に理由を記入ください） 【理由　　】

令和　　年　　月　　日　提出

以下の点にご注意ください。

・個人番号の届出がされていない場合は、医療機関の窓口に設置している「オンライン資格確認等システム」にデータが登録されていないため、マイナ保険証だけでなく、他の証類で受診した場合であっても健康保険の資格や一部負担金限度額の確認に支障が生じる可能性があります。

【個人番号の利用目的】

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第１の第２項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。

事業所所在地	〒　　―
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）　　番

受付日付印

パッケージ工業健康保険組合（R6.12）