

記号					番号					
被保険者氏名					㊟					

※事業主から指示があった場合のみ記入

従業員番号	
-------	--

事業所 経由 日野自動車健康保険組合 御中

健康保険被保険者及び被扶養者のマイナンバー（個人番号）変更届

【該当する項目にチェックを入れて下さい】

- 被保険者 変更理由： _____
 変更月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 被扶養者 変更理由： _____
 変更月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●マイナンバー（個人番号）記入（記入する際は、鉛筆は使用しないで下さい）

変更対象者氏名	続柄	マイナンバー（個人番号）											

***必ずご自身で封入してから、ご提出お願い致します。**

（山折り部分で折り返して頂くと、窓枠封筒から氏名欄が見えるようになっています）

上記の通り相違ないことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	㊟

受付日付印

(R1.6)

記入見本

記号	1	2	1	1	番号			1	2	3	4
被保険者氏名	健保 太郎 ①										

※事業主から指示があった場合のみ記入

従業員番号	
-------	--

事業所 経由 日野自動車健康保険組合

捺印

健康保険被保険者及び被扶養者のマイナンバー（個人番号）変更届

【該当する項目にチェックを入れて下さい】

- 被保険者 変更理由：提供番号の間違い。
変更月日：令和 1年 5月 1日
- 被扶養者 変更理由：紛失により、個人番号を再取得。
変更月日：令和 1年 5月 1日

●マイナンバー（個人番号）記入（記入する際は、鉛筆は使用しないで下さい）

変更対象者氏名	続柄	マイナンバー（個人番号）											
健保 太郎	本人	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
健保 花子	妻	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6

*必ずご自身で封入してから、ご提出お願い致します。

(山折り部分で折り返して頂くと、窓枠封筒から氏名欄が見えるようになっています)

上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	①

受付日付印

(R1.6)