

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

記入見本

↑
捺印

事業所 経由 日野自動車健康保険組合 ㈱

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：平成 29年 3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：平成 29年 4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。 平成 年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	㊟

受付日付印