

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	保険証記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称 事業主氏名	
	電話番号	()

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

受付印

被保険者 1	保険証の番号	氏名						生年月日			
							昭和 平成	年	月	日	
	個人番号										

被保険者 2	保険証の番号	氏名						生年月日			
							昭和 平成	年	月	日	
	個人番号										

被保険者 3	保険証の番号	氏名						生年月日			
							昭和 平成	年	月	日	
	個人番号										

被保険者 4	保険証の番号	氏名						生年月日			
							昭和 平成	年	月	日	
	個人番号										

【 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。