

常務理事		担当	担当

健康保険組合

個人番号届

事業所整理記号 (健康保険の記号)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												

【個人番号の利用目的】

当組合は、被保険者およ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または保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務に利用する。

【注意事項】

個人番号を正確にご記入ください。ただし、個人番号を記入しない場合は、備考欄の□にチェックを入れ、住民票上の住所を正しく記入してください。当組合にてJLIS照会を行います。

被保険者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													氏名																													
生年月日		個人番号 (12桁)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
備考	<input type="checkbox"/> 個人番号を記入しないため、住所を記載いたしますので、貴組合にてJLIS照会による個人番号の登録を依頼します。																																										
住所(住民票)																																											

被保険者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													氏名																													
生年月日		個人番号 (12桁)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
備考	<input type="checkbox"/> 個人番号を記入しないため、住所を記載いたしますので、貴組合にてJLIS照会による個人番号の登録を依頼します。																																										
住所(住民票)																																											

被保険者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													氏名																													
生年月日		個人番号 (12桁)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
備考	<input type="checkbox"/> 個人番号を記入しないため、住所を記載いたしますので、貴組合にてJLIS照会による個人番号の登録を依頼します。																																										
住所(住民票)																																											

被保険者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													氏名																													
生年月日		個人番号 (12桁)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
備考	<input type="checkbox"/> 個人番号を記入しないため、住所を記載いたしますので、貴組合にてJLIS照会による個人番号の登録を依頼します。																																										
住所(住民票)																																											

被保険者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													氏名																													
生年月日		個人番号 (12桁)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													-	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
備考	<input type="checkbox"/> 個人番号を記入しないため、住所を記載いたしますので、貴組合にてJLIS照会による個人番号の登録を依頼します。																																										
住所(住民票)																																											

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	()局	番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

トータルビューティー健康保険組合

⚠️ ご提出は、個人情報の漏えい、滅失を防止するため追跡が可能な方法でお願いいたします。