

個人番号届（被扶養者用）

部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

受付印

事業主欄	健康保険 被保険者等記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

社会保険労務士記載欄   氏名等
------------------

①から⑦までの該当欄を記入してください。

○この届出書は、被扶養者（異動）届の提出の際に個人番号の記載がなかった方や番号が誤っているため登録できなかった方の個人番号を届け出る場合に提出するものです。

① 番号		② 被保険者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
---------	--	-------------	-------------------	-----------	----------	---	---	---

届出の対象者	④ 被扶養者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 続柄	⑥ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦ 個人番号（12ケタ）							
	④ 被扶養者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 続柄	⑥ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦ 個人番号（12ケタ）							
	④ 被扶養者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 続柄	⑥ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦ 個人番号（12ケタ）							
	④ 被扶養者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 続柄	⑥ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦ 個人番号（12ケタ）							
	④ 被扶養者氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 続柄	⑥ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦ 個人番号（12ケタ）							