

個人番号届（変更・訂正用）

※マイナンバーに変更または訂正があった場合にご提出いただく届書です。  
※マイナンバーカードを紛失し再交付した場合は、マイナンバーを取り扱っている人事部・総務部・業務Gr等へご連絡のうえ、会社経由で申請してください。任意継続被保険者の方は健康保険組合へお送りください。

|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|      |     |    |    |

|            |  |             |  |    |  |
|------------|--|-------------|--|----|--|
| 事業所<br>記 号 |  | 被保険者<br>番 号 |  | 氏名 |  |
|------------|--|-------------|--|----|--|

令和年月日提出

| 申<br>請<br>対<br>象<br>者 | 氏 名 |  | 続 柄 | 生年月日           |       | 変更・訂正する個人番号(12桁) |   |  |   | 備 考（変更理由等）<br>例：紛失し再交付した |
|-----------------------|-----|--|-----|----------------|-------|------------------|---|--|---|--------------------------|
|                       | 本人  |  |     | 昭和<br>平成       | 年 月 日 |                  | - |  | - |                          |
|                       | 家族  |  |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |                  | - |  | - |                          |
|                       | 家族  |  |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |                  | - |  | - |                          |
|                       | 家族  |  |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |                  | - |  | - |                          |

【注意事項】  
※お届けいただいたマイナンバーについて、電話等でお問い合わせいただいてもお答えすることができません。マイナンバーに誤りがあった場合は、再度ご提出が必要となります。  
正確なマイナンバーの届出にご協力をお願いします。  
※任意継続被保険者の方は、被保険者の本人確認のため身分を証明する顔写真入りの公的な書類（運転免許証・マイナンバーカード等）、および、マイナンバーを変更する方のマイナンバー入りの住民票もしくはマイナンバーカードをあわせて添付してください。（添付する書類は全てコピー）

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 事業所所在地  | 〒 <div></div> - <div></div> |
| 事業所名称   |                             |
| 事業主氏名   |                             |
| 電 話 番 号 |                             |

|              |
|--------------|
| 人事・業務<br>担当者 |
|              |

受 付 日 付 印