

様式 29

事業主經由  
JFE健康保険組合 行

健康保険 被保険者・被扶養者 マイナンバー届

利用目的：当健康保険組合は、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又は保険料等の徴収に関する事務」において使用します。

常務理事	事務長	室長	担当

令和 年 月 日提出

記号	番号(右詰め記入)	事業所名	所属(または出向先)	電話番号
被保険者の氏名		(被保険者住所)	〒 ー	

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

該当を○囲みし、番号を記載して下さい。  
<職場(外線・内線)、自宅、携帯>

区分	届出者の氏名 (マイナンバー未届の方についてのみ記入)	生年月日	マイナンバー(12桁)	届出理由	※ 健保記入欄 (登録日)
被保険者 (本人)		昭・平 年 月 日		1. 取得時未提出 2. 海外から帰国 [ ]	※ 年 月 日
被扶養者 (家族)		昭・平・令 年 月 日		1. 取得時未提出 2. 海外から帰国 [ ]	※ 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1. 取得時未提出 2. 海外から帰国 [ ]	※ 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1. 取得時未提出 2. 海外から帰国 [ ]	※ 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1. 取得時未提出 2. 海外から帰国 [ ]	※ 年 月 日

【説明】

このマイナンバー届は次の場合に会社経由でご提出ください。

1. 資格取得時にマイナンバーを未届(記入できなかった)であった方が、届出をするとき。
2. 海外勤務から帰任して日本国内に住所を有したときに発行される「マイナンバー通知カード」が自宅に届いたとき。
3. 事情があって、マイナンバーを変更された方、他。

【提出時の注意】

個人情報漏えい防止のため、必ず封筒に入れて(マイナンバーが外部に見えない状態にして)封緘し、会社に提出して下さい。

事業主名称

.....

担当者氏名

.....

TEL

.....

健保受付印



