

健康保険

マイナンバー変更時
海外勤務からの帰任後

マイナンバー届 (個人番号)

令和 ○ 年 ◇ 月 × 日提出

| 健保組合 | | |
|------|-------|-----|
| 常務理事 | グループ長 | 担当者 |
| | | |

| |
|---|
| 事業所担当者の確認印 |
| <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 担当 者印 </div> |

| 健康保険被保険者証 | | | | | | | | | |
|-----------|---|------------|---|---|-----|---|---|---|---|
| 記号 | | 番号(右づめで記入) | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 被保険者の氏名 | | | | | | | | | |
| (氏) | | | | | (名) | | | | |
| 日鉄 | | | | | 太郎 | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|---|---|------|----|----------------|--------|---------------|
| 事業所名 | ○△◇(株) | | | 電話番号 | 自宅 | ○○-◇◇◇◇-×××× | | |
| 所属 (または出向先) | ○ | × | 部 | △ | □ | 室・グループ 課・工場 | ○○◇◇×× | |
| 被保険者住所 | 〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-× | | | | | | 職場(外線) | ○○○-◇◇◇◇-△△△△ |

| 区分 | 届出者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | マイナンバー(個人番号)12桁 | マイナンバーを届け出しない場合は 記入必須 | *健保記入欄 (登録年月日) |
|------|-----------------------------|------|-------|--------|-----------------|----------------------------------|-------------------|
| 被保険者 | (フリガナ) | 昭平 | 年 月 日 | 男 女 | 本人 | 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 [] | * 年 月 日 |
| 被扶養者 | (フリガナ) ニッテツ ハナコ 日鉄 花子 | 昭平令 | 年 月 日 | 男 女 | 妻 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 2 | * 年 月 日 |
| | (フリガナ) | 昭平令 | 年 月 日 | 男 女 | | | * 年 月 日 |
| | (フリガナ) | 昭平令 | 年 月 日 | 男 女 | | | * 年 月 日 |
| | (フリガナ) | 昭平令 | 年 月 日 | 男 女 | | | * 年 月 日 |

【説明】

このマイナンバー届は、諸事情によりマイナンバーを変更したとき、および海外勤務によりマイナンバーが割り振られていなかった被保険者・被扶養者が帰任して、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」が自宅に郵送されてきた時点で作成し、会社経由でご提出ください。

【提出時の留意点】

個人情報漏えい防止のため、必ず封筒に入れて封かんの上、マイナンバーが外部から見えない状態で会社にご提出ください。

(R3.4)

| |
|-------------|
| 社会保険労務士の代行者 |
| |

受付日付印