

個人番号（マイナンバー）届

※太線枠内をご記入願います。

提出日	令和 年 月 日
被保険者証の記号・番号	—
被保険者の氏名	
事業所（会社）名称	
日中の連絡先電話	

<今回申請する対象者>

氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
続柄	
個人番号	
届出理由 (該当項目に○をしてください)	1. 子どもの個人番号が通知されたため 2. 個人番号が変更になったため 3. その他 ()
備考	

《留意事項》

- ・ 個人番号の記入誤りがないかご確認ください。
- ・ 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所には二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。
- ・ 送付の際はセキュリティの観点から書留による送付にご協力願います。
- ・ 届出ていただいた個人番号は、番号利用法に規定する「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」のために利用します。

<送付先>

【社内便】 (本) 健保 (OC2) 適用係 M
【郵便】 〒101-0063
東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 適用係 M

受付日付印

--

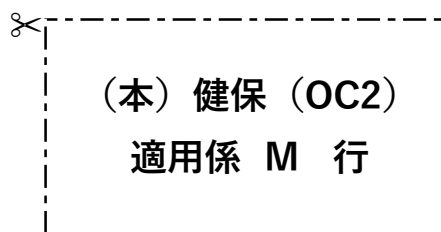
日立健康保険組合 「個人番号（マイナンバー）届」
送付用 宛名ラベル

日立健康保険組合の「個人番号（マイナンバー）届」は、
下記の宛名ラベルを切り取り封筒に貼付し、送付してください。

《ご注意ください》

- ・「個人番号（マイナンバー）届」は、日立健康保険組合へ送付してください。
- ・日立MP マイナンバーセンタとは、宛先が異なりますので、黄色の「個人番号提供書」返信用専用封筒には、同封しないでください。

社内便の場合



社外便の場合

