

個人番号確認用 個人番号記入票

常務理事	事務長	課長	担当者

みづほ健康保険組合

事業所記号		被保険者番号	
-------	--	--------	--

受付印

事業所所在地	
事業主名	
電話	()

【個人番号の利用目的】 令和 年 月 日提出

当組合は、被保険者及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、適用、給付及び徴収業務で利用する。

被保険者本人	氏名		生年月日			
			昭和 平成	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

被扶養者	氏名		生年月日			
			昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

被扶養者	氏名		生年月日			
			昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

被扶養者	氏名		生年月日			
			昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

被扶養者	氏名		生年月日			
			昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

被扶養者	氏名		生年月日			
			昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

被扶養者	氏名		生年月日			
			昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号(12ケタ)					

※個人番号欄は通知カードまたは個人番号カードに記載の個人番号(12ケタ)をご記入ください。