

健康保険 個人番号（マイナンバー）変更届（現役社員用）

様式7

◎被保険者欄の「記号」「番号」「被保険者氏名」「生年月日」は必ず記入してください。

(*）KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号と番号		被保険者氏名				生年月日				変更年月日				
	記号	番号					5 7 9	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日
	新個人番号														変更理由
	旧個人番号														
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)		〒 -												

被 扶 養 者 1	被扶養者氏名				続柄	変更年月日				備考			
						令和	年	月	日				
	新個人番号												変更理由
	旧個人番号												
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)				〒 -								

被 扶 養 者 2	被扶養者氏名				続柄	変更年月日				備考			
						令和	年	月	日				
	新個人番号												変更理由
	旧個人番号												
	住民票住所 (正しい住居表示で記入)				〒 -								

令和 年 月 日 提出

【記入について】

- ・被保険者欄「記号」「番号」「被保険者氏名」「生年月日」は必ず記入してください。
- ・変更する方の「新個人番号」「旧個人番号」「変更理由」「住民票住所」を記入ください。
- ・新個人番号（マイナンバー）は、マイナンバーカードまたは住民票に記載されているとおり記入ください。
- ・住民票住所は、マイナンバーカードまたは住民票に記載されているとおり記入ください。

【注意事項】

- ・この届書は、被保険者および被扶養者の個人番号（マイナンバー）に変更があった場合、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
- ・内容の確認にあたって、別途追加で書類を提出いただく場合があります。
- ・届書の提出先は、各事業所の健保窓口（総務等）となります。※出向者は出向元

【事業所ご担当者様】

- ・ご提出方法は郵送のみとなります。

法令により、マイナンバーは特定個人情報として、通常の個人情報よりも厳格に取り扱うことが求められておりますので必ず追跡可能な手段で郵送ください。

受付日付印

事業主記入欄
届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
所在地
事業所
名称
事業主名称

2024.12

常務理事	事務局長	リーダー	担当者