

健康保険（被扶養者） 個人番号届

下記のとおり、大阪府木材健康保険組合に届出します。

被 保 険 者	記号-番号	—		
	氏名	(フリガナ)		生年月日

被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	
	個人番号		—		個人番号(12桁)をご記入ください。		
	備考※	未記入の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. 提出拒否 4. その他 () <input type="checkbox"/>			健康保険組合が住基ネットから個人番号を取得することに異議はありません		

被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	
	個人番号		—		個人番号(12桁)をご記入ください。		
	備考※	未記入の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. 提出拒否 4. その他 () <input type="checkbox"/>			健康保険組合が住基ネットから個人番号を取得することに異議はありません		

被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	
	個人番号		—		個人番号(12桁)をご記入ください。		
	備考※	未記入の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. 提出拒否 4. その他 () <input type="checkbox"/>			健康保険組合が住基ネットから個人番号を取得することに異議はありません		

被 扶 養 者	氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	
	個人番号		—		個人番号(12桁)をご記入ください。		
	備考※	未記入の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. 提出拒否 4. その他 () <input type="checkbox"/>			健康保険組合が住基ネットから個人番号を取得することに異議はありません		

※個人番号を記入しない場合は、備考欄に理由を記入してください。また、健康保険組合が住民基本台帳ネットワークシステムから直接個人番号を取得することに異議のない方は、備考欄の当該項目にチェック☑を入れてください。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

／ 受付年月日