

決 裁 欄	常務理事	事務長		係

個人番号（マイナンバー）登録届

令和 年 月 日 提出

1. 被保険者についてご記入ください

被 保 険 者 情 報	記号		番号		氏名	
	連絡先	会社名：				
		勤務先Tel：		携帯Tel：		
	※日中連絡のつく電話番号を記入					

2. 個人番号の新規登録または変更をする方についてご記入ください

個 人 番 号 【 新 規 ・ 変 更 】 登 録 該 当 者	氏名	(フリガナ)	続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（※） (※) 被保険者との続柄に○ 配偶者・子・父母・他()		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)	※新規または変更に☑し、個人番号(マイナンバー12桁)を記入 新規:健康保険組合加入時の届出において個人番号の提出ができなかった場合 変更:個人番号を変更した場合、個人番号に誤りがあった場合				
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更				
	住所 (住民票住所)	(フリガナ)	※住民票住所と異なる住所にお住まいの場合は、以下に現在お住まいの住所を記入			
		〒 -	[〒 -]			

- ・この届書は個人番号(マイナンバー)を届け出てください。
- ・この届書に「3.個人番号を確認できる書類」を必ず添付のうえ、提出(※郵送)してください。

受付日付印

【提出・郵送先】 〒190-0012 東京都立川市曙町2-37-7 コアシティ立川 12F
 H.U.グループ健康保険組合 適用担当 宛
（※）追跡可能な郵送方法(特定記録郵便、レターパック等)にて提出してください。

届け出いただいた個人番号は、番号利用法(マイナンバー法)に定める事務のみに利用し、適正に保管・管理いたします。

3. 個人番号(マイナンバー)を確認できる書類を添付してください

マイナンバーカード 表面のコピー	マイナンバーカード 裏面のコピー
 <p style="text-align: center;">↓</p>	 <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>のりづけ</p>	<p>のりづけ</p>
<p>※ 剥がれないように糊付けしてください</p> <p>のりづけ</p>	

- ◆マイナンバーカードをお持ちの方は、表面と裏面のコピーを、それぞれ糊付けしてください。
- ◆マイナンバーカードをお持ちでない方は、下記①と②の書類を糊付けしてください。
※貼りきれない大きな書類は、端を折ってください。

- ①身元確認の書類(※下記書類のいずれか1点)
 - ・運転免許証のコピー(顔写真のある面)
 - ・パスポートのコピー(顔写真のある面)
 - ・その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ②個人番号の確認書類(※下記書類のいずれか1点)
 - ・個人番号通知カードのコピー
 - ・個人番号通知書のコピー
 - ・住民票(個人番号の記載のあるもの)
 - ・住民票記載事項証明書(個人番号の記載のあるもの)