常務理事	事務長	担当	担当

個人番号（マイナンバー）届

□ 登録
□ 変更

被保険者等記号	被保険者等番号	被保険者氏名	被保険者生年月日
			□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
社員番号	被保険者メールアドレス		被保険者電話番号
被保険者住民票住所			被保険者個人番号
〒			

被扶養者氏名	被扶養者生年月日	被扶養者個人番号
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日	

届出理由	
	□ 子供の個人番号が通知されたため □ 個人番号が変更になったため □ その他（　　）

受付日付印

【注意事項】

1.**個人番号が確認できる書類の写し**（個人番号記載の住民票等）を添付してご提出ください。

2.送付の際には、配達記録が残る方法でご提出いただきますようお願いいたします。

アダストリア健康保険組合