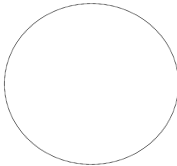


太枠内を記入してください

健康保険組合受付年月日



健康保険 個人番号(マイナンバー)変更届

令和 7 年 10 月 1 日 提出										
被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	記号	1 0 1	番号	1 2 3 4 5	生年 月日	昭・平・令	0 1 0 4 1 5	性別	男・女
	氏名	(フリガナ) アステラス (氏) アステラス	(名) タロウ 太郎	住民票 住所	〒 103-8411 東京都中央区日本橋本町2-5-1					

対 象 者 欄	氏名	アステラス アステラス	タロウ 太郎	生年 月日	昭・平・令	0 1 0 4 1 5	性別	男・女	続柄	本人
	住民票住所	東京都中央区日本橋本町2-5-1								
	個人番号 変更年月日	令和	0 7 0 9 1 5	個人番号	変更前	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	変更後	9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	昭・平・令			性別	男・女	続柄
	住民票住所									
	個人番号 変更年月日	令和	年 月 日	個人番号	変更前			変更後		
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	昭・平・令	年 月 日		性別	男・女	続柄
	住民票住所									
	個人番号 変更年月日	令和	年 月 日	個人番号	変更前			変更後		
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	昭・平・令	年 月 日		性別	男・女	続柄

《添付書類》 新しいマイナンバーカードの写し(両面)またはマイナンバーが記載された住民票(写し可)
《記入について》 記号番号は「資格情報のお知らせ」でご確認ください
変更前のマイナンバーが不明の場合は空欄としてください

事 業 主 欄	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

常務理事	事務長	担当者