

愛知県信用金庫健康保険組合 御中

伺年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

個人番号変更届

被保険者証の記号・番号	—
被保険者氏名	

※必ずご記入ください。

被 保 険 者	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	変更年月日	令和	年	月	日
	変更後個人番号				

被 扶 養 者 ①	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	変更年月日	令和	年	月	日
	変更後個人番号				

被 扶 養 者 ②	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	変更年月日	令和	年	月	日
	変更後個人番号				

被 扶 養 者 ③	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	変更年月日	令和	年	月	日
	変更後個人番号				

事業所所在地：

受付印

事業所名：

事業主名：

電 話：

利用目的：被保険者および被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。