決裁日付		年　　月　　日			
常務理事	事務長	ｸﾞﾙｰﾌﾟ統括	課長	係長	担当

海空運健康保険組合　宛

以下のとおり、マイナンバー（個人番号）の登録・変更を届出します。

令和　　年　　月　　日

提出者記入欄	健康保険の事業所記号	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　－
社会保険労務士記載欄		氏名等

マイナンバー（個人番号）登録・変更届出書

《被保険者情報》

被保険者等記号－番号					－					
氏名	(フリガナ)									

《個人番号登録・変更対象者》

氏名	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄
			昭・平・令　年　月　日		

1．個人番号

個人番号					－					－					個人番号(12桁)をご記入ください。

2．個人番号変更の場合、理由を選択してください。

個人番号変更理由	1.誤記入等による変更
	2.紛失（漏えい）等による変更
	3.その他（　　）