

被扶養者 個人番号(マイナンバー)に関する申立書

被扶養者の認定を受けようとする方の個人番号(マイナンバー)を記入できない理由をご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 被保険者証の (左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 氏名 | (フリガナ) | | | | | | | | | |

| 認 定 を 受 け よ う と す る 者 の 情 報 | 氏名/生年月日 | | ・マイナンバーを記入できない理由 |
|--|----------------|-------|------------------|
| | 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 | | |
| 備考 | | | |

令和 年 月 日

○記載いただいた理由によっては、問い合わせさせていただく場合がございます。

○「疾病任意継続被保険者 資格取得申出書」または「被扶養者異動届」と併せてご提出ください。

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|