【被保険者用】

事 業 所 記 号: _____

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

個 人 番 号 届

健康保険被保険者等の番号	被保険者の氏名	被保険者の性別	被保険者の生年月日
	被保険者の個人番号	被保険者の個人番号が提供できない理由	

	氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	個人番号		未提供理由		1:海外在住 2:短期在留 3:その他( )	

	氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	個人番号		未提供理由		1:海外在住 2:短期在留 3:その他( )	

	氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	個人番号		未提供理由		1:海外在住 2:短期在留 3:その他( )	

	氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	個人番号		未提供理由		1:海外在住 2:短期在留 3:その他( )	

※未提供理由 3:その他 については、後日提出や提供できない理由等をご記入ください。
※不足の場合は、コピーしてご使用ください。

令和 年 月 日 提出

受付日付

事業所所在地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名

社会保険労務士記載欄

東京化粧品健康保険組合 2024.11