

常務理事	事務長	係	係

個人番号届 登録
(マイナンバー) 変更

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	番号			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	
被保険者住民票住所				被保険者電話番号	
〒					
被保険者メールアドレス			被保険者個人番号*		
被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄	被扶養者個人番号*		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
確認欄 (右記をご確認の上、 <input type="checkbox"/> 欄に ✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 <input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 <input type="checkbox"/> ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。				

*通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード)に記載された個人番号(12桁)をご記入ください。

●添付書類

下記の書類のコピーを対象者分添付します。(該当する欄に✓を入れてください)

- 個人番号カード(マイナンバーカード)
- 個人番号の通知カード
- 個人番号記載の住民票の写し

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

受付印

常務理事	事務長	係	係

個人番号届 登録
(マイナンバー) 変更

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	999	番号	999999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 63年 9月 14日 <input type="checkbox"/> 平成	
被保険者住民票住所			被保険者電話番号		
〒 999 - 9999 東京都 ○○区 ×× 1丁目2-3			080-1234-△△△△		
被保険者メールアドレス			被保険者個人番号*		
△△△△@○○.ne.jp			0 0 0 0 0 0 0 0 × × × ×		
被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄	被扶養者個人番号*		
健保 俊	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6年 3月 17日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	長男	1 1 1 1 1 1 1 1 × × × ×		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
確認欄 (右記をご確認の上、 <input type="checkbox"/> 欄に ✓を入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。				

*通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード)に記載された個人番号(12桁)をご記入ください。

●添付書類

下記の書類のコピーを対象者分添付します。(該当する□欄に✓を入れてください)

- 個人番号カード(マイナンバーカード)
 個人番号の通知カード
 個人番号記載の住民票の写し

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

受付印

常務理事	事務長	係	係

個人番号届 登録
(マイナンバー) 変更

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
記号	999	番号	999999	健保 裕太	
				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	63年 9月 14日
				<input type="checkbox"/> 平成	
被保険者住民票住所			被保険者電話番号		
〒 999 - 9999 東京都 ○○区 ×× 1丁目2-3			080-1234-△△△△		
被保険者メールアドレス			被保険者個人番号*		
△△△△@○○.ne.jp			2 2 2 2 0 0 0 0 × × × ×		
被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄	被扶養者個人番号*		
健保 俊	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5年 3月 17日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	長男	3 3 3 3 1 1 1 1 × × × ×		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
確認欄 (右記をご確認の上、□欄に ✓を入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。				

*通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード)に記載された個人番号(12桁)をご記入ください。

●添付書類

下記の書類のコピーを対象者分添付します。(該当する□欄に✓を入れてください)

- 個人番号カード(マイナンバーカード)
 個人番号の通知カード
 個人番号記載の住民票の写し

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

受付印