

数字は下記を参考に丁寧に記入ください

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

黒又は青のボールペンで記入ください
(鉛筆・フリクション等不可)

個人番号(マイナンバー)届出書

組合員の資格取得・喪失の場合は、加入(喪失)の方全員分を、下記①と②の両方に記入・捺印をお願いします。

家族の追加資格取得・喪失の場合は、②のみ記入をお願いします。

①加入する、又は、喪失する組合員(店主又は従業員)の氏名及び個人番号(マイナンバー)

氏名	個人番号(マイナンバー)

②加入する、又は、喪失するご家族の氏名及び個人番号(マイナンバー)

氏名	個人番号(マイナンバー)

上記の通り届出します。

令和 年 月 日

大阪府整容国民健康保険組合 理事長 殿

組合員氏名

印

上記の個人番号に相違ないことを確認しました。

個人番号(マイナンバー)確認日 令和 年 月 日

確認者氏名

印

(確認は事業主又は手続き代行者(社労士等)が行って下さい)
※従業員・店長による確認不可

整容国保記入欄	手続日 年 月 日	
証番号	(加入 喪失 その他())	
	年 月 日 (甲 乙 家)	