【提出ルート】
申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

健康保険 個人番号(マイナンバー)変更届 (現役社員用)

（＊）記号・番号は「資格情報のお知らせ」を参照ください。　　令和　　年　　月　　日 提出

	被保険者等の記号と番号	被保険者氏名	生年月日	変更年月日
被保険者欄	記号　　番号		昭和・平成　年　月　日	令和　年　月　日
	新個人番号		変更理由	
	旧個人番号			
	住民票住所	〒　－		

	被扶養者氏名	続柄	生年月日	変更年月日
被扶養者1			昭和・平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日
	新個人番号		変更理由	
	旧個人番号			
	住民票住所	〒　－		

	被扶養者氏名	続柄	生年月日	変更年月日
被扶養者2			昭和・平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日
	新個人番号		変更理由	
	旧個人番号			
	住民票住所	〒　－		

	被扶養者氏名	続柄	生年月日	変更年月日
被扶養者3			昭和・平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日
	新個人番号		変更理由	
	旧個人番号			
	住民票住所	〒　－		

【記入について】
・被保険者欄「記号」「番号」「被保険者氏名」「生年月日」は必ず記入してください。
・変更する方の「新個人番号」「旧個人番号」「変更理由」「住民票住所」をご記入ください。
・新個人番号（マイナンバー）は、マイナンバーカードまたは住民票に記載されている通りにご記入ください。
・住民票住所は、マイナンバーカードまたは住民票に記載されている通りにご記入ください。

【注意事項】
・この届書は、被保険者および被扶養者の個人番号（マイナンバー）に変更があった場合、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
・内容の確認にあたって、別途追加で書類を提出いただく場合があります。

事業主記入欄	
うえの申請について事実に相違ないことを証明します。 令和　年　月　日	
事業所所在地	事業所業務担当者
事業所名称	印
事業主氏名	

健保受付印

スタンレー電気健康保険組合　　（改訂R7.2）