

記入例

健康保険 個人番号(マイナンバー)届

一次	二次	スタッフ

事業所記号

個人番号(マイナンバー)を未回収(後日収集予定)の方のご提出は不要です。

被保険証の番号	区分	漢字氏名	生年月日	性別	個人番号□12桁												数字は明瞭にご記入ください	未記入理由(該当に○)	※3.その他の理由
					1	2	3	4	5	6	7	8	○	×	△	□			
1	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50 年 4 月 2 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1	2	3	4	5	6	7	8	○	×	△	□	1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		
2	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50 年 5 月 2 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		
3	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	社保 次郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 20 年 6 月 2 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他	提出拒否	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他		

※[3.その他の理由]へは、「提出拒否」など、今後の回収が難しい場合に、その理由をご記入ください

事業所所在地 〒 111-1111
東京都千代田区○-△-×

事業所名称 (株)TJK

事業主氏名 健保 太郎

電話 03-1111-11××

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印