

個人番号登録・変更届(被扶養者用)

常務理事	事務長	担当者

事業所記号	9	9	9	被保険者番号	1	2	3	4	5
-------	---	---	---	--------	---	---	---	---	---

受付印

事業所所在地	〒		—	
事業所名称	事業所の証明が必要です			
事業主氏名				
電話	()	

〇 〇 年 〇 月 〇 日 提出

ベネッセグループ健康保険組合あて以下のとおり、被扶養者に係る個人番号(の変更)を届出します。

被保険者本人	氏名	健保 太郎										生年月日	昭和	〇	年	〇	月	〇	日
												平成							

被扶養者①	氏名	健保 花子										生年月日	昭和	〇	年	〇	月	〇	日
	個人番号 (12ケタ)	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	0	0				
	この欄は個人番号に変更があったとき、 変更前の個人番号を記入してください。	変更前個人番号 (12ケタ)		9	8	7	6	-	5	4	3	2	-	1	0	0	0		

被扶養者②	氏名											生年月日	昭和		年		月		日
	個人番号 (12ケタ)					-					-								
	この欄は個人番号に変更があったとき、 変更前の個人番号を記入してください。	変更前個人番号 (12ケタ)						-					-						

被扶養者③	氏名											生年月日	昭和		年		月		日
	個人番号 (12ケタ)					-					-								
	この欄は個人番号に変更があったとき、 変更前の個人番号を記入してください。	変更前個人番号 (12ケタ)						-					-						

被扶養者④	氏名											生年月日	昭和		年		月		日
	個人番号 (12ケタ)					-					-								
	この欄は個人番号に変更があったとき、 変更前の個人番号を記入してください。	変更前個人番号 (12ケタ)						-					-						