

マイナンバー等連絡票

関東めつき健康保険組合 (R5.6)

1	記号	番号	フリガナ				性別	男・女
			氏名					
	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者からみた続柄	個人番号	
郵便番号		住所	都道	府県				
		(住民票上)						

2	記号	番号	フリガナ				性別	男・女
			氏名					
	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者からみた続柄	個人番号	
郵便番号		住所	都道	府県				
		(住民票上)						

3	記号	番号	フリガナ				性別	男・女
			氏名					
	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者からみた続柄	個人番号	
郵便番号		住所	都道	府県				
		(住民票上)						

4	記号	番号	フリガナ				性別	男・女
			氏名					
	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者からみた続柄	個人番号	
郵便番号		住所	都道	府県				
		(住民票上)						

5	記号	番号	フリガナ				性別	男・女
			氏名					
	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者からみた続柄	個人番号	
郵便番号		住所	都道	府県				
		(住民票上)						

上記について誤りがないことを確認しました。

令和 年 月 日

事業主所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

枚中	枚目
----	----

(2枚以上となる場合は、上記に何枚中何枚目かご記入ください)