別紙2

マ イ ナ ン バ ー 登 録 届

平成　　年　　月　　日

健康保険記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞

※番号が決定していない場合は、空白としてください。

番号	区分	氏　　名	性別	生　年　月　日 元号　年　月　日	マイナンバー（個人番号）
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7　年　月　日	