別紙2

マ イ ナ ン バ ー 登 録 届

令和　　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 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	
	被保険者：1 被扶養者：2		男：1 女：2	昭和：5 平成：7 令和：9　年　月　日	

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。