

個人番号申請書

様式第40・66・()-2号

※ 第 号

令和 年 月 日

保 申 請 給 付 す る	1. 療養費	2. 高額療養費
	3. その他 ()	

*申請する保険給付に○をつけてください。

保険給付等の申請のために下記のとおり個人番号を提出します。

記 号	番 号	
87-		
フリガナ		個 人 番 号
組合員氏名	姓 名	

*ご家族が受給される場合は、受給される方について、下記にご記入ください。

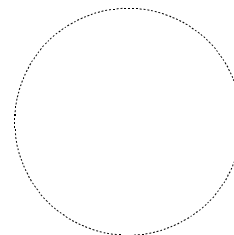
フリガナ	姓 名	続 柄	個 人 番 号
受給者氏名 (家族)	姓 名		
フリガナ	姓 名	続 柄	個 人 番 号
受給者氏名 (家族)	姓 名		
フリガナ	姓 名	続 柄	個 人 番 号
受給者氏名 (家族)	姓 名		
フリガナ	姓 名	続 柄	個 人 番 号
受給者氏名 (家族)	姓 名		

*個人番号は、通知カードまたは個人番号カードに記載の個人番号(12桁)をご記入ください。

●この申請書は、下記いずれかの個人番号を確認出来る書類とともにお出してください。

- ・個人番号カード(マイナンバーカード)の写し(裏面をコピーしてください)
- ・個人番号通知カードの写し
- ・個人番号記載の住民票

●おわかりにならない点は、03-3269-4778におたずねください。



本部受付印

●当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。