ルネサス健保使用欄

| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 主 任 | 担 当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

① ※太枠内を記入してください。

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照）

# 健康保険 個人番号(マイナンバー)届

② 提出日 令和 年 月 日

## 被保険者情報

※枝番(-00)記入は不要です。

| 被保険者の記号・番号 | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | フリガナ ケンコウ タロウ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ③ 記号 | 1 | 2 | 3 | 番号(右詰め) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | 健康 太郎 |
| 事業所(いずれかに✔) | | | | | 日中の連絡先 電話番号 | | | | | | | | ⑥ | 連絡用メールアドレス |
| ☑REL ☐RSMC ☐任継・特退 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 従業員番号 | | | | | | | | | | | | | 事業所コード | ※事業所コードは、事業所健保担当者が記入 |

## 届出内容

※ 個人番号(マイナンバー)を記入後は、正しく記入されているかをマイナンバーカード等で再度確認して下さい。

⑦

| フリガナ | | 続柄 | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 個人番号(マイナンバー) | | 届出理由(いずれかに○) | 1. 個人番号が通知されたため(新規取得)<br>2. 個人番号が変更になったため<br>3. その他( ) |

| フリガナ | | 続柄 | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 個人番号(マイナンバー) | | 届出理由(いずれかに○) | 1. 個人番号が通知されたため(新規取得)<br>2. 個人番号が変更になったため<br>3. その他( ) |

| フリガナ | | 続柄 | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 個人番号(マイナンバー) | | 届出理由(いずれかに○) | 1. 個人番号が通知されたため(新規取得)<br>2. 個人番号が変更になったため<br>3. その他( ) |

**＜注意事項＞**

1. 個人番号(マイナンバー)を記入後、マイナンバーカード等で個人番号(マイナンバー)が正しく記入されていることを再度確認して下さい。
2. 複数人の個人番号(マイナンバー)を届出する際は、個人番号(マイナンバー)の入れ違いが起きないよう注意して下さい。
3. 個人番号(マイナンバー)の登録には届出が健保に届いてから3営業日(土日祝、大型連休を除いて3日間)程度要します。
   届出後すぐにマイナ保険証を利用される際は、事前にマイナポータルで健康保険の資格情報が正しく表示※されることをご確認下さい。
   ※ 保険者名:ルネサス健康保険組合　記号:数字3桁　番号:数字1～7桁

**＜送付先＞ [注] 郵便は、必ず書留でお願い致します。**

| 加入区分 | 送付先 |
|---|---|
| 一般被保険者 | [注]ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］ |
| 任意継続被保険者、特例退職被保険者 | [注]ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1] |

| 事業所担当印 | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |
|---|---|
| | |

受付日付印

| インプット |
|---|
| |

T-022 記入例

【被保険者記入・確認事項】

① 太枠内を正確に記入願います。

② 提出年月日は必ず記入願います。

③ 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。

④ 被保険者氏名を記入願います。

⑤ 一般(従業員)の場合のみ、被保険者の事業所名と従業員番号を記入願います。

⑥ 連絡先を正確に記入願います。

⑦ 個人番号(マイナンバー)を届出する方の氏名・フリガナ・続柄・生年月日・個人番号(マイナンバー)を記入し、
個人番号(マイナンバー)の届出理由を〇で囲んで下さい。(3の場合は、具体的な理由を追記して下さい)

**(注)　記入後、個人番号(マイナンバー)に間違えがないことを念入りに確認願います。**

※ 再度記入漏れ等がないか確認のうえ、当健保へご提出ください。