

| | | | | |
|----|------|-----|----|----|
| | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 |
| 決裁 | | | | |

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

③ 基本情報 ※枝番(-00)記入は不要です。

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----|-------------|----------------------|-------|
| 被保険者証の記号・番号 | | | | | | | | | | フリガナ | ケンコウ タロウ | |
| 記号 | 1 | 2 | 3 | 番号 (右詰め) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 被保険者 氏名 | 健康 太郎 |
| 事業所名(任継・特退の方は記入不要) | | | | | | | | | | 日中の連絡先 電話番号 | | |
| 社名 | | | | | | | | | 所属 | ⑥ | | |
| 従業員番号 (右詰め) | | | | | | | | | | 事業所 コード | ※事業所コードは、事業所健保担当者が記入 | |

⑦ 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。

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| 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) 2. 個人番号が変更になったため 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) 2. 個人番号が変更になったため 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) 2. 個人番号が変更になったため 3. その他() |

<注意事項>

- 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。
- 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に注意して下さい。
- 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 [社外郵便] |
| 一般被保険者 | 社外郵便[注] : 〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29 社会保険労務士法人なんの木事務所 |
| 任意継続、特例退職被保険者 | 社外郵便[注] : 〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1 ルネサス健康保険組合 |

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

インプット

受付日付印

【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○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)に間違い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。