

健保受付印
2024.9 新

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

健康保険 個人番号(マイナンバー)変更届

健保使用欄	事務長・室長	主 務	係 員

下記の通り相違なく届出いたします。

令和 年 月 日提出

被保険者 (本人)	被保険者証 の記号・番号	—										従業員番号							
	氏 名	(フリガナ) (氏)				(名)				生年 月日		昭和 平成 令和		年		月		日	
	事業所名	1. (株)デンソー 2. その他事業所 ()																	
	所 属	部 工場 課 室																	
	個人番号	変更後					-					-					続 柄	本 人	
		変更前					-					-							
	個人番号 変更年月日	令和			年			月			日								

被扶養者 1	氏 名	(フリガナ) (氏)				(名)				生年 月日		昭和 平成 令和		年		月		日
	個人番号	変更後					-					-					続 柄	
		変更前					-					-						
	個人番号 変更年月日	令和			年			月			日							

被扶養者 2	氏 名	(フリガナ) (氏)				(名)				生年 月日		昭和 平成 令和		年		月		日
	個人番号	変更後					-					-					続 柄	
		変更前					-					-						
	個人番号 変更年月日	令和			年			月			日							

<添付書類> 住民票(写し) (対象者の変更後個人番号の記載があるもの) ※コピー可

<注意事項>

- ①枠内を記入してください。
- ②被扶養者(扶養家族)の個人番号変更の場合は、被保険者氏名<本人>欄の個人番号は記入不要です。
- ③変更前の個人番号が不明の場合は、空欄としてください。
- ④以下の注意点を確認のうえ、封筒に入れてデンソー健康保険組合に提出してください。
- ☐ 変更後「個人番号」は、添付の住民票記載の「個人番号」と一致している。

担当書記	
氏名(フルネーム)	
社内メール	〒
内線番号	

事業主署名欄	所在地 名称 事業主 印
--------	-----------------------

<提出・お問い合わせ先>

デンソー健康保険組合
〒448-8661 刈谷市昭和町1丁目1番地(〒1130)
電話:0566-25-3121 内線 551-89134
FAX :0566-24-6301

健保使用欄	変更入力	住所入力