

健康保険 個人番号 照会依頼書 (兼回答書)

事業主等回答用

下記対象者について、個人番号の再照会をお願いします。(任意継続被保険者は被保険者をご回答ください)

令和 年 月 日

〒811-0213

福岡県福岡市東区和白丘2丁目2-75

池友会健康保険組合

印

被保険者 申請者 情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 101		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
氏名・印	(フリガナ)						

氏名	区分	照会する個人番号	回答する個人番号
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 訂正なし ・ <input type="checkbox"/> 訂正あり
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 訂正なし ・ <input type="checkbox"/> 訂正あり
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 訂正なし ・ <input type="checkbox"/> 訂正あり
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 訂正なし ・ <input type="checkbox"/> 訂正あり
備考			

令和 年 月 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)	印	・任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話	()		

事業所
個人番号
照会者

印

受付日付印