

個人番号 新規（変更）登録申出書

被 保 険 者 情 報	記号 番号	9900	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	必ず両面印刷して 使用ください。					
	氏名	フリガナ											
	個人番号												

被 扶 養 者	氏名	フリガナ						生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	個人番号											

被 扶 養 者	氏名	フリガナ						生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	個人番号											

被 扶 養 者	氏名	フリガナ						生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	個人番号											

被 扶 養 者	氏名	フリガナ						生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	個人番号											

被 扶 養 者	氏名	フリガナ						生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	個人番号											

▼申請対象者について下記書類を添付してください。 申出書の裏面にのりづけしてください。	
・マイナンバーカードの表・裏（両方）のコピー ・マイナンバーの記載がある住民票	} のうち どれか一つ

▼送付先
〒604-8153 京都府京都市中京区烏丸通四条上る笋町689番地 京都御幸ビル6階 CNCグループ健康保険組合 宛

受付印

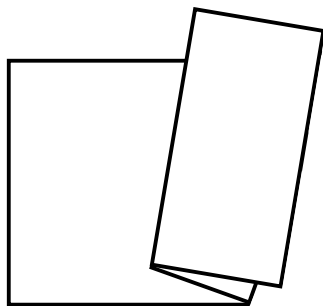
添 付 書 類

・マイナンバーカードの表・裏（両方）のコピー

・マイナンバーの記載がある住民票

のうち
どれか一つ

貼り切れない場合は書類を折り曲げて貼ってください。



の
り
し
ろ