

職員NO. _____

令和 年 月 日

地域医療機能推進機構理事長 殿

個人番号の提供について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に定める「個人番号」等を以下のとおり提供します。

※該当する事項に○を付けてください

(1) 職員本人

(2) 職員の扶養親族

【扶養家族の氏名】

氏名	確認	氏名	確認

※ 氏名欄に扶養家族の氏名を記載してください

※ 確認欄は、個人番号事務取扱者が提出の有無等にチェック印等を付してください

(3) 国民年金の第3号被保険者の届出事務時に係る委任状

令和 年 月 日

氏名 _____