雇用保険被保険者　**個人番号登録・変更届**　［ 1 /　　枚目 ］

令和　年　月　日

個人番号の登録・番号が変更した場合は本届にてお知らせください.

労働保険事務組合　松江商工会議所　御中
〒690-0886　松江市母衣町55-4
TEL:0852-23-1616

〒
住所
事業所名
代表者名
TEL
担当者名

◆下記の通り変更がありましたので提出いたします

個人番号(12桁)　変更**後**	**個人番号(12桁)**　変更**前**	**被保険者氏名**
		フリガナ）

性別	**生年月日(和暦)**	**雇用保険被保険者番号　11桁** （4桁 - 6桁 - 1桁）
男 ・ 女	令和　年　月　日	- -

※被保険者の方から個人番号(マイナンバー)を取得する際は、正しい番号であることの確認と
正しい番号の持ち主であることの確認(身元確認)を必ず行って下さい。

◆本届は個人番号が記載されるため窓口までの持参もしくは
郵送の場合は書留、特定記録郵便等を利用してください。