

各位

公益財団法人筑波メディカルセンター

個人番号（マイナンバー）利用について

当法人は、職員および職員の扶養家族の個人番号（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（通称マイナンバー法）に定める個人番号（通称マイナンバー））を以下の目的で利用いたします。

- ① 給与所得・退職所得の源泉徴収票作成事務
- ② 雇用保険届出事務
- ③ 健康保険・厚生年金保険届出事務

上記について同意します。

年 月 日

氏名 印

-----

マイナンバー申告書 【取扱注意】

年 月 日

所属												
氏名												
個人番号												

本人確認者		登録者		登録確認者	
日付	氏名	日付	氏名	日付	氏名

## 個人番号及び本人確認書類添付シート

### 【個人番号確認書類】

通知カード、住民票（番号付き）又は 個人番号カード（裏面）

上記のいずれかのコピーを貼付してください

※貼付できない場合は、同封してください。

### 【本人確認書類】

顔写真付き身分証明書

運転免許証、パスポート、身体障害者手帳 個人番号カード（表面）

※ 顔写真付き身分証明がない場合

健康保険証、年金手帳、印鑑登録証明書 など 2 種類

コピーを貼付してください

※貼付できない場合は、同封してください。

届済みの被扶養者個人番号（秘）【取扱注意】

	氏名	個人番号											
配偶者である被扶養者 ※													
その他の被扶養者 1													
その他の被扶養者 2													
その他の被扶養者 3													
その他の被扶養者 4													
その他の被扶養者 5													
その他の被扶養者 6													

※ 配偶者を扶養する場合は、委任状も必要になります。

上記について確認の上、提出します。

年 月 日

氏名

印

# 委 任 状

私は、私の配偶者であり、貴法人の職員である（職員名）

に対して、国民年金の第3号被保険者の届出事務に関して、貴法人に個人番号

（行政手続き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をいいます。）を提供する権限を付与します。

年 月 日

（職員の配偶者名） 印