**【別紙】**

福働会中部支部・社会保険労務士法人なか　行（FAX送信先：098-933-7061）

**個 人 番 号 連 絡 票**

依頼日：　平成 　　年　　月　　日

事業所名：

ご担当者名：

１．個人番号連絡欄（氏名および個人番号）



２．ここに記載された個人番号は委託契約内容に基づき次の使用目的により使用します。

（１）雇用保険届出事務（２）労働者災害補償保険法に基づく請求に関する事務

（３）健康保険・厚生年金保険届出事務（４）給与計算調整事務

（５）国民年金第３号被保険者の届出に係る提出事務

３．個人番号については番号法１６条に定める本人確認を行った上でご記入下さい。

対面で本人確認を行う場合の例

（１）個人番号カード

（２）通知カード＋運転免許証

（３）通知カード＋健康保険被保険者証＋年金手帳

（４）個人番号の記載された住民票抄本＋運転免許証又はパスポート

（５）個人番号の記載された住民票抄本＋健康保険被保険者証＋年金手帳

　　　（１）～（５）のいずれかの方法による

**※この用紙は番号法に定められている業務の範囲内での使用後はデータを削除いたします。**