**個人番号データ送付状**

三重県市町村職員共済組合　保険課資格調定係　宛て

別添のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属所コード |  |
| 所属所名 |  |
| 担当者 |  |
| データ件数 | 件 |

※10件未満で電子媒体によるデータの提供ができない場合は不要です。