（任継・特退用）

個人番号（マイナンバー）届について

マイナ保険証の利用有無にかかわらず、個人番号（マイナンバー）の届出をお願いします。

 当健康保険組合において、マイナンバーの届出（登録）をされていない方、または、紛失等により

再発行された方につきましては、個人番号（マイナンバー）の届出をお願いします。

１．マイナンバーの確認方法

　　 ・マイナンバーカード（裏面）

　　 ・マイナンバー（個人番号）記載の住民票（写）

　　 ・通知カード

２．送付時の留意事項

　　　　　 　個人番号（マイナンバー）の記載がある書類を送付するときは、受領確認（追跡調査）が

できる簡易書留（特定記録）や宅配便等での送付を推奨しております。

３．書類提出先

〒５４０－０００１

大阪市中央区城見２丁目２－５３　大阪東京海上日動ビル

富士通健康保険組合　事務サポートセンター

特例退職 または 任意継続担当 宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 以　　　上

　　　適用給付グループ）任意継続・特例退職担当

０４４－７３８－３０１０

※音声案内【１】 【１】を押してください**。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（任継・特退用）

個人番号（マイナンバー）届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保組合 | 常務理事 |  | 事務局長 |  | 課　長 |  | 担当者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者（必須）** | **記号・番号** |  | － |  | **生年月日** | 昭和平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  | ※既に届出済の場合は、個人番号の記入は不要です。 |
| **個人番号 (ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) ※** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □新規の登録申請　　□再交付の登録申請 |
| **郵便番号** | 〒 |  | － |  | **電話番号** |  | - |  | - |  |
| **住所** |  | 都　道府　県 |  |
| **被扶養者** | **氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | **生年月日** | 昭和平成令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
| **個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □新規の登録申請　　□再交付の登録申請 |
| **氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | **生年月日** | 昭和平成令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
| **個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □新規の登録申請　　□再交付の登録申請 |
| **氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | **生年月日** | 昭和平成令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
| **個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □新規の登録申請　　□再交付の登録申請 |
| **氏名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | **生年月日** | 昭和平成令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
| **個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □新規の登録申請　　□再交付の登録申請 |