

(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

大阪府中央区城見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	フリガナ	※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 (マイナンバー)※		<input type="checkbox"/> 新規の登録申請 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)		<input type="checkbox"/> 新規の登録申請 <input type="checkbox"/> 再交付の登録申請				
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)		<input type="checkbox"/> 新規の登録申請 <input type="checkbox"/> 再交付の登録申請				
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)		<input type="checkbox"/> 新規の登録申請 <input type="checkbox"/> 再交付の登録申請				
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)		<input type="checkbox"/> 新規の登録申請 <input type="checkbox"/> 再交付の登録申請				