

任継・特退用

個人番号（マイナンバー）変更届

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

《届出先》 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町2-12-1
富士フイルムグループ健康保険組合 任継・特退担当宛

個人番号（マイナンバー）を変更した方が被扶養者（家族）の場合でも、被保険者（本人）の氏名を記入ください

健康保険証等に記載されている「記号」と「番号」を記入してください

【被保険者欄】

被保険者記号	123	被保険者番号	45678	被保険者氏名	健保 太郎
--------	-----	--------	-------	--------	-------

下記の欄は個人番号（マイナンバー）を変更した方のみ記入してください

被保険者から見た関係で記入してください
戸籍と同様に記入してください
「子」の場合は「長男」「長女」など

氏名		生年月日		性別	続柄										
(氏) 健保	(名) 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	36年11月3日	男・ 女	妻										
住民票住所		〒250-0001 神奈川県***市*** 1-2-345													
居所住所 (住民票と同じ場合は「同上」と記入)		〒 ー 同上													
個人番号 12桁 (マイナンバー)	変更後	*	*	*	*	—	*	*	*	*	—	*	*	*	*
個人番号 変更年月日	令和 6 年 4 月 10 日														

変更後の個人番号12桁（マイナンバー）を記入してください

住民票住所と同じ場合は「同上」
住民票住所と実際に住んでいる所（居所）が異なる場合は居所住所を記入してください

住民票住所	〒 ー															
居所住所 (住民票と同じ場合は「同上」と記入)	〒 ー															
個人番号 12桁 (マイナンバー)	変更後					—						—				
個人番号 変更年月日	令和 年 月 日															

添付書類に不足がないかご確認ください

【届出を提出する場合の添付書類】いずれか1つを添付ください。

- 個人番号カード（マイナンバーカード）の表面・裏面の写し
- 個人番号記載の住民票の写し又は通知カードの写し