

記入できる項目はすべて記入してください（赤字部分に限らず）

富士フィルムグループ健保

加入者は「社保」です

## 被保険者資格申立書

有効な保険証の交付を受けており、医療保険等の被保険者資格について、下記の通り申し立てます。

※ 以下の各項目に可能な範囲で記入いただき、口には、あてはまる場合に「✓」を記入してください。なお、本申立書に記入いただいた情報は、医療機関等の診療報酬請求等に必要な範囲でのみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に係る必要な事務を終えた段階で、速やかに廃棄します。

### 1 保険証等に関する事項

保険証の有無	<input type="checkbox"/> 有効な保険証の交付を受けている
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない
保険者等名称	富士フィルムグループ健康保険組合
事業所名※1	在職中の方は勤務先会社名・退職者は任継または特退と記入
保険証の交付を受けた時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> それより前 <input type="checkbox"/> わからない (わかる範囲でご記入ください。)
一部負担金の割合※2	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> わからない

※1 保険種別で社保（保険者が健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会の場合）、国保（保険者が国民健康保険組合の場合のみ）、その他（自衛官・公費単独医療の場合）、わからないの口に「✓」を記入された場合は、事業所名（お勤め先の会社名等

※2 70歳以上の方、また通常「3割」ですが、70歳以上の方は「2割」の場合があります。  
ご自身の負担割合が分からない場合は健保にお問合せください。

TEL : 0465-32-2164 (平日 9 : 00~12 : 00 12 : 45~16 : 50)

### 2 マイナンバーカードの券面事項等

氏名	(フリガナ)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和          年    月    日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	
	※3 マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合はこちらにご記入ください。

※4 マイナンバーカードの券面に記載された氏名、生年月日、性別、住所をそのまま記入いただくとともに、氏名のフリガナも併せてご記入ください。また、マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合は、住所欄に併せてご記入ください。

年    月    日

署名 \_\_\_\_\_ (患者との関係※5 : \_\_\_\_\_)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※5 (患者との関係)欄は、保護者の方等が署名された場合にご記入ください。