

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

以下のとおり、個人番号（マイナンバー）の変更を届出します。

### 【被保険者欄】

被保険者 記号	被保険者 番号	被保険者 氏名

### 【個人番号（マイナンバー）変更者欄】

※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。

※「居所」とは、住民票登録住所ではなく、実際に住んでいる所を指します。

氏名		生年月日			性別	続柄	
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	男・女	
住民票住所		〒 -					
居所住所 (住民票と同じ場合は「同上」と記入)		〒 -					
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			

氏名		生年月日			性別	続柄	
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	男・女	
住民票住所		〒 -					
居所住所 (住民票と同じ場合は「同上」と記入)		〒 -					
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			

【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