

被保険者情報	被保険者等の	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	
	住所	〒 -	
	電話番号 (日中の連絡先)	都 道 府 県	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日

## 個人番号 登録申出内容 個人番号の新規・変更(訂正)対象者のみご記入ください。

被保険者	個人番号 (12ケタ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 (訂正)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更日	令和 年 月 日

被扶養者(家族)	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												
	個人番号 (12ケタ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 (訂正)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更日

被扶養者(家族)	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												
	個人番号 (12ケタ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 (訂正)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更日

被扶養者(家族)	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												
	個人番号 (12ケタ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 (訂正)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更日

事業主	事業所所在地	〒 -	受付日付印
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	( )	

任意継続にご加入中の方は上記「事業主」欄の記載は不要ですが、本人確認書類(運転免許証等)の写しを添付してください。

記入日	令和 年 月 日	大阪装粧健康保険組合あて 上記のとおり個人番号について申出いたします。	健保 使用欄				
-----	-------------	--	-----------	--	--	--	--