

| | | | |
|--------|------------------|--|-------|
| 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) | <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(訂正) | <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 変更日 <input type="checkbox"/> 訂正 | 令和 年 月 日 |
| | 区分 | | | | |

| | | | | | | |
|----------|----------------|--|--|---|---|-------|
| 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) | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(訂正) | <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 変更日 <input type="checkbox"/> 訂正 | 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) | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(訂正) | <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 変更日 <input type="checkbox"/> 訂正 | 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) | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(訂正) | <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 変更日 <input type="checkbox"/> 訂正 | 令和 年 月 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 | | | | |
|-----|-------------|--|-----------|--|--|--|--|