

※申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に健保組合必着で提出してください。

--	--	--	--

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

下記のとおり健康保険組合任意継続被保険者資格取得を申請します。

[記号] - [番号: 右づめ]

令和 年 月 日

勤務していた時に使用していた被保険者証の記号・番号		-						喪失年月日 (退職日の翌日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
被保険者(申請者)氏名	Ⓢ							生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	
住所	(〒 -) 都・道 府・県												
日中の連絡先	Tel	()						メールアドレス					
勤務していた事業所の名称													
給付金等の振込先	金融機関の名称	銀行・金庫 信組・農協 その他()										本店・支店 出張所 本所・支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号									左づめでご記入ください	
	口座名義											カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入下さい。)	

被扶養者届【退職時に認定を受けていた被扶養者で引き続き被保険者に扶養される方】

No.	(フリガナ) 被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	職業等	同居又は別居	年間収入
1	()	男 女	昭 平 令 年 月 日		1. 未就学児 2. 学生 3. 無職 4. 社員(パート等) 5. その他()	同居 別居	万円
2	()	男 女	昭 平 令 年 月 日		1. 未就学児 2. 学生 3. 無職 4. 社員(パート等) 5. その他()	同居 別居	万円
3	()	男 女	昭 平 令 年 月 日		1. 未就学児 2. 学生 3. 無職 4. 社員(パート等) 5. その他()	同居 別居	万円
4	()	男 女	昭 平 令 年 月 日		1. 未就学児 2. 学生 3. 無職 4. 社員(パート等) 5. その他()	同居 別居	万円

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合には、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

※健保組合使用欄 (以下は記入しないでください)

任意継続番号	2 2 2 -	資格喪失時標報	千円	受付日付印
資格取得日	令和 年 月 日	決定標報	千円	
喪失予定日	令和 年 月 日	備考		