

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

		常務理事		事務局長		業務部長		課 長		担 当 者	
申請者 (被保険者)	資格喪失時の 記号・番号	—									
	氏 名	(フリガナ)			性 別		生 年 月 日				
					男 ・ 女		昭和 平成 令和	年	月	日	
	住 所	〒 —									
		電話〈自宅〉 ()			〈携帯〉 ()						
	資格取得日	令和 年 月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円					
勤務していた 事業所	名 称										
	所在地										
今後の保険料 納付方法	☐ 月払い ・ ☐ 半期前納（9月まで） ・ ☐ 全期前納（3月まで）										

※年度毎の納付となる為、9月以降取得者は月払いまたは、全期前納(3月まで)のいずれかを選択してください。

健保組合 からの 給付金等 振込口座	農協・銀行		本所・支所，本店・支店，出張所	
	口座番号（普通・当座）	No.		
	口座名義人(被保険者口座)		(フリガナ)	

※この口座は給付金の振込みに使用する口座です。
当組合では、保険料の引き落としは行っておりませんので、ご注意ください。

健康保険 被扶養者届

被扶養者欄	氏 名	生 年 月 日	性 別	続柄	職 業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男・女			円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男・女			円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男・女			円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男・女			円	同居 ・ 別居
備 考							

※収入証明等の書類を提出していただく場合がありますので、予めご了承ください。

・申請は、退職の翌日から20日以内となります。

受付日付印