

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日提出 太枠内を記入してください

申請者情報	勤務していた時の被保険者証の記載事項	記号	番号					
	氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所	〒 -						
		電話番号	()	※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。				
資格喪失年月日(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						
被扶養者の有無(該当する方に○をしてください)		有 ・ 無						
保険料納付方法(該当するものに○をしてください) ※口座振替は行っていません。保険料については当健保にお問合せ下さい。		1. 年間一括方式 2. 半期前納方式 3. 毎月納付方式						
保険給付金受取用口座 ※保険料の引き落とし口座ではありません。	金融機関名称				金融機関コード			
	本支店の別	本店	支店		店コード	預金種別		
	口座番号		(右つめ)		普通口座			
	フリガナ							
	口座名義人							

健康保険 被扶養者(異動)届

- 任意継続被保険者の資格取得と同時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- 扶養認定を受ける方の「被扶養者現況申請書」、「収入金額が確認できる書類」の2点を併せて提出してください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	区分
(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		1.無職 4.学生(校名: 学年:) 2.パート 3.年金受給者 5.その他()	円	同居・別居
(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		1.無職 4.学生(校名: 学年:) 2.パート 3.年金受給者 5.その他()	円	同居・別居
(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		1.無職 4.学生(校名: 学年:) 2.パート 3.年金受給者 5.その他()	円	同居・別居
(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		1.無職 4.学生(校名: 学年:) 2.パート 3.年金受給者 5.その他()	円	同居・別居

〔 健保記入欄 〕

受付印

- (2000 -)
- 介護保険の有無 【 有 ・ 無 】