

**全員ご提出下さい**

**健康保険任意継続希望確認書 兼  
健康保険任意継続被保険者資格取得申請書**

担 当	事務長	常務理事

平成 年 月 日 届出

健康保険被保険者証 記号・番号	記号	4000	番号	
氏 名			性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額		千円
任意継続の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (理由: 1. 家族の扶養に入る 2. 再就職先の保険に加入 3. 国保に加入 4. その他)			

◎任意継続を希望するにチェックを入れた方は以下ご記入下さい。

住 所	〒 ー 都道府県 市区郡			
連絡先	( ) ー	被扶養者の 有・無 (注1)	有・無	
(注2) 振込口座 (ゆうちょ銀行は 指定できません)	フリガナ	コード	フリガナ	コード
	銀行・信金 信組・労金		本店・支店 出張所	
	口座番号 普通・当座	口座名義	フリガナ	

(注1) 資格喪失日前に被扶養者がいる場合のみ「有」を○で囲んでいただき、下記「健康保険被扶養者(異動)届」に資格喪失日現在の状況をご記入下さい。

(注2)「振込口座」は当健保組合からの保険給付等の支払いが発生した場合に、お振込みする口座をご記入いただくもので、保険料の自動引き落とし用の口座ではございませんのでご注意下さい。

**健康保険被扶養者 (異動) 届**

被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入(見込)	同居別居
	昭和・平成 年 月 日生	男・女			万円	同居・別居
	昭和・平成 年 月 日生	男・女			万円	同居・別居
	昭和・平成 年 月 日生	男・女			万円	同居・別居
	昭和・平成 年 月 日生	男・女			万円	同居・別居

※「職業」「年間収入」「同居別居」については、資格喪失日現在の状況についてご記入ください。なお、任意継続資格取得後、被扶養者の方の扶養状況(収入増・就職等)に変更があった場合は、速やかに健保組合までご連絡下さい。

**【健康保険組合処理欄】**

受 付 印

任意継続	記号	4100	番号		標準報酬 月額	千円
有効期限	自	平成 年 月 日	至	平成 年 月 日		

--