

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

* 伺	常務理事	事務長	担当者
	平成 年 月 日		

申請日	平成 年 月 日			フリガナ		生年月日		S 年 月 日		
健康保険被保険者 証の記号及び番号	記号	番号		氏名		印		退職時年齢 歳		
			性別	男・女	資格喪失時の標準 報酬月額及び等級		千円 () ()		等級 ()	
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日			健康保険証の 資格取得日		昭和 平成 年 月 日				
住 所	(フリガナ)									
	〒									
		TEL(- -)								
資格喪失時に所属 していた事業所及 び支部	事業所名			健保組合の支部名			支部			
	所 属 名									
	住 所									
被 扶 養 者 届	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	年齢	続柄	同居	職業・学校(学年) 遠隔地証申請	年間収入額 収入内容	備 考	
		男・女	M・T・S・H 年 月 日	歳		同居 別居	必要・不要	円		
		男・女	M・T・S・H 年 月 日	歳		同居 別居	必要・不要	円		
		男・女	M・T・S・H 年 月 日	歳		同居 別居	必要・不要	円		
		男・女	M・T・S・H 年 月 日	歳		同居 別居	必要・不要	円		
		男・女	M・T・S・H 年 月 日	歳		同居 別居	必要・不要	円		
給付金の 振込口座	コード						口座番号			
	カナ名						普通預金		(右詰めで記入)	
	漢字名	銀行			支店					
私に健康保険組合から支給される任意継続被保険者資格取得月以降分の保険給付金は、私名義の上記口座へお振込み願います。なお、上記口座への入金記帳をもって保険給付金受領と認め、領収書の発行は希望致しません。										

上記給付金の振込口座は、保険料自動振替
口座と同一口座とする。

保険証受領日
及び受領印

平成 年 月 日 (印)

【健康保険組合記入欄】

資格喪失予定日	平成 年 月 日	初回納付日	平成 年 月 日	特 記 事 項
保険証交付日	平成 年 月 日	受付年月日	平成 年 月 日	
任継時被保険者証の記号・番号				
任継時の標準報酬月額及び等級	千 円		等 級	