

健保資格喪失者全員提出

資格喪失後の医療保険確認書
(兼) 「任意継続被保険者資格取得申請書」

※太枠内をご記入願います。

被保険者証	記号		番号				
事業所名			性別	男 ・ 女	年齢	歳	
氏名	ふりがな		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	印						
資格喪失後の住所	〒						
		都府	道県		市区郡		
	※マンション名等もご記入願います。 電話番号						
最終在籍日(退職日)	令和	年	月	日	※健保記入→(資格喪失日: 令和 年 月 日)		
任意継続の加入について	任意継続被保険者制度に加入 [する ・ しない] → 任継希望で被扶養者(家族)がいる方は、裏面もご記入願います。 ※任意継続に加入しない方は、他の医療保険への加入となります。 (国民健康保険、再就職先の健康保険、家族の被扶養者になる等)						
	味の素グループ会社へ転籍される方						
	転籍先の会社名						
振込口座を記入してください	※喪失後に味の素健康保険組合から医療費の給付金(返還金)などがある場合に必要ですので、ご記入ください。						
	フリガナ			フリガナ			
	銀行 ・ 信金			本店 ・ 支店			
	信組 ・ 労金			出張所			
口座番号	普通					口座名義(カタカナ)	

※「保険証」は必ず退職時にご返却ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)
<input type="text"/>

受付印

常務理事	事務長	担当者	事業所担当者

健保組合 記入欄	任意継続	記号	999	番号		資格取得日	令和	年	月	日
	退職時の 月額	等級		千円	決定 月額	千円	喪失予定日	令和	年	月

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となっている方について記入してください。
任意継続の資格取得日以降、被扶養者に増減が発生する場合は、別途「被扶養者異動届」を提出してください。

被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
ふりがな	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同居・別居
ふりがな	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同居・別居
ふりがな	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同居・別居
ふりがな	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同居・別居

扶養に関する誓約
上記内容に相違ありません。 申出者氏名 印