

健保資格喪失者全員提出

記入例

資格喪失後の医療保険確認書

(兼) 「任意継続被保険者の記号・番号を確認してご記入願います。」

※太枠内をご記入願います。

被保険者証	記号	21	番号	123456									
事業所名	〇〇〇(株)		性別	男・女	年齢	60	歳						
氏名	ふりがな	あじの たろう		生年月日	昭和								
	味野 太郎		味野印		平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日		
資格喪失後の住所	〒	1	5	7	-	0	0	×	×				
	東京都	世田谷市		区	×	×	×	〇-〇-〇					
	※マンション名等もご記入願います。				電話番号	0	3	-	〇〇〇〇	-	〇〇〇〇		
最終在籍日(退職日)	令和 〇〇年 7月 31日		※健保記入→(資格喪失日: 令和 年 月 日)										
該当番号に〇印をつけてください。	任意継続被保険者制度に加入 <input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> 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	ミツビシユーエフジェイ				フリガナ	ヤエスドオリ						
	三菱UFJ 銀行・信金 信組・労金					八重洲通 本店・支店 出張所							
口座番号	普通	9	8	7	6	5	4	3	口座名義(カタカナ)	アジノ タロウ			

※「保険証」は必ず退社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。)									

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	決定日	千円	喪失予定日

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 あじの はなこ 味野 花子	昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日	男・女 男・女	妻	無職	0 万円	同居・別居 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 味野 太郎 