

常務理事	事務長	担当者

ダイキンサポートセンター記入欄					
資格喪失時の 標準報酬月額				千 円	退 当 者

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者届

の欄は、健保組合の記入欄です。

被 保 険 者 氏 名				性 別		生 年 月 日				任継資格取得年月日 【退職日の翌日】			
(フリガナ)				男 女		昭和 平成 令和 年 月 日				令和 年 月 日			
被保険者マイナンバー				電話番号				資格確認書の交付を希望する場合のみチェックしてください					
在籍時のマイナンバーを引き継ぎます				【携帯】 - - 【自宅】 - -				資格確認書を希望 ☐					
在籍時の保険証記号・番号				勤務していた事業所(会社)名称				勤務していた事業所(会社)所在地					
住民票 住所	〒 - (フリガナ) 都 道 府 県												
居所 住所	住民票住所と同じ ☐ 〒 - (フリガナ) 都 道 府 県												
被 扶 養 者 情 報 ①	被 扶 養 者 氏 名			性 別		生 年 月 日			続柄	同居別居の別		認 定 年 月 日	
	(フリガナ)			男 女		昭和 平成 令和 年 月 日				同 居 別 居		令 和	
	住民票 住所	被保険者と 同じ ☐	〒 - 都 道 府 県			被扶養者マイナンバー			資格確認書 交付を希望				
	在籍時のマイナンバーを引き継ぎます ☐												
被 扶 養 者 情 報 ②	被 扶 養 者 氏 名			性 別		生 年 月 日			続柄	同居別居の別		認 定 年 月 日	
	(フリガナ)			男 女		昭和 平成 令和 年 月 日				同 居 別 居		令 和	
	住民票 住所	被保険者と 同じ ☐	〒 - 都 道 府 県			被扶養者マイナンバー			資格確認書 交付を希望				
	在籍時のマイナンバーを引き継ぎます ☐												
被 扶 養 者 情 報 ③	被 扶 養 者 氏 名			性 別		生 年 月 日			続柄	同居別居の別		認 定 年 月 日	
	(フリガナ)			男 女		昭和 平成 令和 年 月 日				同 居 別 居		令 和	
	住民票 住所	被保険者と 同じ ☐	〒 - 都 道 府 県			被扶養者マイナンバー			資格確認書 交付を希望				
	在籍時のマイナンバーを引き継ぎます ☐												
被保険者名義の銀行口座 ※注意:登録する口座は、健保から給付金等を振り込む際に使用する口座で、保険料天引き用の口座ではありません													
		銀行 労金	信金 農協			支店 出張所	当座 普通	口座番号					
フリガナ		機関コード		フリガナ		支店コード		口座番号(7桁)は、右詰めで記入してください 左先頭番号が空白になる場合は、「0」を記入してください					
特記欄		本紙届け出後に転居予定がある場合など、特筆する事項がある場合にご使用ください											
確認欄		☐ 申請者本人(被保険者)が作成し、記載内容に相違ないか確認しました ←この届出に間違いがない場合、必ず左記□内にチェックを記入してください											

◆ダイキン工業健康保険組合記入欄◆

記号	9	0	0	0	番号				加入期限	令和				受 付 印
資格喪失時の 標準報酬月額					千 円	平均標準 報酬月額			千 円	決定標準 報酬月額			千 円	