

任意継続被保険者 資格取得申出書

★退職日の翌日から20日以内に、JADECOMけんぽまで提出して下さい(必着)。

申出者記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	9	9	9	9	-	番号	1	0	0	0	/	枝番	1	2	生年月日	☒ 昭和	年	X	X	月	X	日	X	性別	☒ 男	☐ 女					
	フリガナ	チイキ タロウ															☒ 携帯																
	氏名	地域 太郎															1 2 3 4 0 0 0 0																
	住所	〒	0	0	0	-	0	0	0	0	都道府県	東京都					市区町村	OO区					町名・番地	△△1-2-3					アパート・マンション名	□□マンション101号室			

枝番は、保険証に印字されている場合に記入

勤務していた事業所	名称	公益社団法人地域医療振興協会OO病院															所在地	東京都OO区1-1									
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和	X	X	年	X	月	X	日	X																		
保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。																										
	2	1. 毎月納付 2. 6か月前納 3. 12か月前納																									

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、被扶養者となられる方についてご記入ください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」及び被扶養者認定に必要な書類をご提出ください。

被扶養者欄	フリガナ	氏名	生年月日										性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	チイキ	ハナコ	☒ 昭和	年	X	X	月	X	日	X	☐ 男	妻	無	万円	☒ 同居		
	地域	花子	☐ 平成	X	X	X	X	☒ 女	☐ 別居								
			☐ 令和							☐ 男			万円	☐ 同居			
			☐ 昭和							☐ 女			万円	☐ 別居			
			☐ 平成							☐ 男			万円	☐ 同居			
			☐ 令和							☐ 女			万円	☐ 別居			
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。																	万円

健康保険組合使用欄	任意継続被保険者記号・番号	記号	9900	番号	資格喪失時標準報酬月額	千円
	喪失予定年月日	令和	年	月	日	
	納付書	保険料送付	保険料入金			

組合受付印

任意継続被保険者 資格取得申出書

申出者記入用

申出者氏名

地域 太郎

振込指定口座	金融機関コード・名称	金融機関コード 0123										支店等コード 456																			
		名称	00										銀行 〇 金庫 農協 漁協 その他()										本店 〇 支店 出張所 本所 支所								
	預金種別	☒ 1. 普通 ☐ 3. 別段 ☐ 2. 当座 ☐ 4. 通知										口座番号 0456789										左づめでご記入ください。									
	口座名義	フリガナ	チイキ タロウ																												
漢字		地域 太郎																													

※フリガナは、姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。

※上記の口座については、JADECOMけんぽから各種給付金や補助金を支給する際に使用しますので、必ず被保険者本人名義の口座をご記入ください。保険料の引落しではありません。