

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

常務理事	事務長		担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり任意継続被保険者(健康保険法第3条第4項)となりたいので申請します。

※太枠内を全て記入してください。

保険証の 記号・番号	記号 1001	番号 123456	氏名 (被保険者) 健保 太郎	
生年月日		年齢	資格取得日	資格喪失日 (退職日の翌日)
(和暦) 昭	年 47	月 10	日 28	歳 53
(和暦) 平	年 10	月 4	日 1	(和暦) 令
退職後住所		〒 123 - 4567 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地		
電話番号	(自宅)	0000-00-0000		(携帯電話)
000-0000-0000				
※ 健保から給付金(家族療養費付加金)などを振込みする口座となります。 保険料引落とし口座と同じ口座をご記入ください。				
健保からの 給付金 受取り口座	(金融機関名) 〇〇〇〇〇銀行			
	金融機関番号	0 0 0 0	店番号	0 0 0
	種別	普通	口座番号	0 0 0 0 0 0 0
(支店名) 〇〇〇支店				口座名義(カナ記入) ケンポ タロウ
↑ 被保険者名義の口座を必ずご記入ください。				

【被扶養者申請欄】 *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。

被扶養者氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	備考			
(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	女	(和暦) 昭	年 50	月 5	日 10	50	妻	
(フリガナ)		(和暦)	年	月	日			
(フリガナ)		(和暦)	年	月	日			
(フリガナ)		(和暦)	年	月	日			

【健保組合使用欄】

記号	番号	退職時月額
77		千円
任継資格取得日		決定月額
年	月	日
任継資格喪失予定日		介護保険
年	月	日
		該当 非該当 (第二号・特定)

保険料		/
月分	円	
<input type="checkbox"/> 月払 <input type="checkbox"/> 半期 <input type="checkbox"/> 通年		
任継資格喪失日		~
年	月	日