

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

被 保 険 者	在職中の 資格情報	記号	番号	生年月日			
		○○○	○○○○○	○○年 ○月 ○日			
	フリガナ	トウキョウ テツオ					
	氏名	東京 鉄男					
	住所	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○○○○ 1-2-3					
	E-mail						
	電話番号	TEL 0000-00-0000 (昼間連絡のとれる番号を記入してください)					
	勤務していた事業所名	○○○○株式会社 ○○工場					
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和 ○○年 ○月 ○日						
記入欄	被扶養者がいる場合は以下に記入して下さい						
被 扶 養 者 異 動 届	氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居	職業	収入
	フリガナ トウキョウ ハコ	S.H.R ○○年 ○月 ○日	男・女	妻	同居・別居	パート	48万円
	東京 花子	年 月 日	男・女		同居・別居		万円
	フリガナ	S.H.R 年 月 日	男・女		同居・別居		万円
	フリガナ	S.H.R 年 月 日	男・女		同居・別居		万円
	フリガナ	S.H.R 年 月 日	男・女		同居・別居		万円
備考							

※この申請書は資格喪失日から20日以内に提出してください。

※住民票について：被保険者本人分を提出。被扶養者がいる場合は世帯全員の住民票を提出。

※ご不明な点がございましたら健康保険組合（Tel 0285-28-1159）までお問合せ下さい。

健 保 使 用	任意継続 被保険者証	記号	番号	介護保険	あり・なし
	資格取得年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額 (退職時)		円