

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 記 入 欄	在職中の 資格情報	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日 〇〇年 〇月 〇日			
	フリガナ	トウキョウ テツオ					
	氏名	東京 鉄男					
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇 1-2-3 住民票を提出してください					
	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	〇〇〇〇株式会社 〇〇工場					
	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和 〇〇年 〇月 〇日					
	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 フリガナ トウキョウ ハナコ 東京 花子	生年月日 S.H.R 〇〇年 〇月 〇日	性別 男・女 男・女	続柄 妻 同居・別居	同居・別居 パート	職業 パート
	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
	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