

原則として退職日の10日前までに健康保険組合にご提出下さい。  
 (退職日までに日数のない場合は早急に提出して下さい)

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(太枠内を記入して下さい。)

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	フリガナ氏名	①
	番号(従番)	生年月日	
住 所	〒 _____ TEL ( )-( )-( ) FAX ( )-( )-( )		
(差し支えなければ)携帯番号	( )-( )-( )		
(差し支えなければ)メールアドレス	@		
資格喪失の際使用されていた事業所 (保険証に記載されている事業所)	名 称		
	所 在 地		
資格喪失年月日	年 月 日 (退職日の翌日)		

被扶養者：配偶者、18歳以上の方については申立書も一緒に提出して下さい。(18歳未満の方は不要)

氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	同居・別居の別	被扶養者の年間収入
	年 月 日				年金 円 その他 円
	年 月 日				年金 円 その他 円
	年 月 日				年金 円 その他 円
	年 月 日				年金 円 その他 円
	年 月 日				年金 円 その他 円

配偶者以外の18歳以上の方を被扶養者として申請される場合のみ、貴殿の向こう1年間の収入の見込み額を記入して下さい。(国の年金を含、企業年金不含)  
 ※雇用契約書(収入)、年金試算書を添付して下さい。 \_\_\_\_\_ 円

健康保険給付金等の振込先(ご自身の口座)

金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	支店番	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義
銀行		フリガナ 支店	普・当	フリガナ

「健康保険組合使用欄」

任意継続被保険者資格取得日	年 月 日	任意継続被保険者資格喪失予定日	年 月 日
資格喪失の際の標準報酬月額	千円	決定標準月額	千円