

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日提出

(フリガナ)		生 年 月 日
氏 名	印 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
資格喪失後の住所 (退職後の住所)	〒 TEL ()	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	
資格喪失時の記号・番号		
被扶養者について	1. 被扶養者の有無： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 2. 被扶養者「有」の場合 1) 被扶養者の年間収入は130万円未満 ^{※1} ですか？： <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ※1 60歳以上又は障害厚生年金の需給要件に該当する障害者の方は180万円未満となります。	

<<保険給付等受取る際の銀行をご記入ください>>

[注意事項] 1. ゆうちょ銀行以外の金融機関をご指定ください。 2. 任継保険料は、自動引落しではありませんので、指定口座にお振込みください。	銀行名	支店名(フリガナ)
	口座番号	名義人(フリガナ)
	(普通)	

<申請上の注意>

- 資格喪失後、土日祝日を含む20日以内(厳守)に申請して下さい。
- 資格喪失時、被扶養者のいる方の添付書類 ①健康保険被扶養者届 ②別居申請書(該当者のみ)

* 健保組合記入欄 *

任意継続被保険者番号
900-

常務理事	事務長	担当