

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

太枠の中を記入して下さい。

在職時保険証の記号・番号		氏名	フリガナ	生年月日	性別
記号	番号	名		昭和 平成 年 月 日	男 女
住所	(〒 - )				
	自宅電話	-	-	携帯電話	-
勤務していた事業所	名称	所在地			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	※退職日の翌日が任意継続加入年月日になります			
保険料納付方法 (該当に○)	1. 年払い(年度末まで)    2. 半年払い(半期毎)    3. 毎月払い				

**\* 金融機関は、健保組合からの給付金振込用です。保険料の自動引落しはできませんのでご了承下さい。**

金融機関	銀行 信用金庫		支店 出張所		金融機関コード	支店コード
	預金種目	普通預金	口座番号(右詰)		口座名義 (カタカナ) ※本人名義	

**【 被扶養者申請欄 】** \*任意継続加入時に引き続き被扶養者として申請する方について下記をご記入ください。  
\*被扶養者に変更(増減)がある場合は別途手続きが必要です。当健保までお問い合わせください。

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居 の別	職業 (パート・学生・ 無職等)	収入 (年収見込)
	男・女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		有・無 ( 円)
	男・女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		有・無 ( 円)
	男・女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		有・無 ( 円)
	男・女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		有・無 ( 円)

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

健康保険組合記入欄

事業所資格取得日	昭・平・令 年 月 日	退職時の 標準報酬月額	千円
事業所資格喪失日 (任継取得日)	令和 年 月 日	任意継続の 標準報酬月額	千円
任継喪失予定日	令和 年 月 日	任継 記号番号	150-

受付印



ツカモトグループ健康保険組合