

記入例

課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

別紙『任意継続被保険者取得申請について』の内容を確認、了承し、下記のとおり申請いたします。

※申請にあたり、未記入、添付書類がない等の場合は受理できません。

勤務していた時の被保険者証の記号および番号		2	2	7			-	3	5	0				
勤務していた事業所		名称	(株)タケイディスプレイ											
資格喪失年月日(退職日の翌日)		令和	0	2	年	0	7	月	0	1	日			
申請者	氏名	(フリガナ)	健保 太郎		性 別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生 年 月 日							
	住所	〒332-0035	埼玉県	川口市西青木〇-〇-〇			ガーデン青木302							
	電話番号	048(258)△△△△	携帯番号	080(〇〇〇〇)△△△△										

被扶養者(異動)届

※退職時被扶養者であり、引き続き被保険者に扶養されている方のみご記入ください。


被扶養者欄	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性 別	続 柄	職 業	年 間 収 入	世帯別						
	(フリガナ) ケンボ ハナコ	昭和 平成 令和	50	年	09	月	07	日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	妻	パート	840,000	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
	(フリガナ)	昭和 平成 令和		年		月		日	男・女				同居 別居
	(フリガナ)	昭和 平成 令和		年		月		日	男・女				同居 別居
	(フリガナ)	昭和 平成 令和		年		月		日	男・女				同居 別居
別居の場合の住所		〒 -											

◆ 念 書 ◆

初回保険料は納付期限までに納付し、納付できなかった場合は資格取消を了承し、保険証はただちに返却いたします。

また、今後、保険料納付について、指定された納入期日までに納付しなかった場合は、健康保険法第38条により、その翌日をもって資格喪失となっても異議はありません。

資格喪失後の受診に係わる医療費については、一切貴組合にはご迷惑をおかけいたしません。

令和 2 年 7 月 3 日 被保険者氏名 健保 太郎 


※捺印は被保険者の自署に限り省略可能。

受付日付印

記入例

給付金等の振込先指定届

※記号番号の記入は不要です。

記号番号	9000 - 
------	--

氏名	健保 太郎
住所	〒 332 - 0035 埼玉県川口市西青木〇-〇-〇

金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合	店番
			川口 本店  支店
普通	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ (名義)	ケンポ タロウ ※フリガナのみで結構です

～ 注 意 ～

- この口座は、給付金等が発生した際に、当組合よりご本人様宛に振り込む為のものであり、保険料引落口座ではありません。
- この口座は、被保険者本人(請求者)名義のものをご記入下さい。