

記号	900	番号	
資格取得年月日		資格喪失予定日	
年	月	日	年 月 日
最終標準報酬月額	適用標準報酬月額	初回保険料納付日	
千円	千円	月	日

常務理事	事務長	総務課長	係

※太枠のみ記入をしてください。

※この申請書は、資格喪失日（退職日翌日）から20日以内に健保組合に提出してください。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

①被保険者証		②会社名・勤務箇所		③資格喪失年月日（退職日翌日）	
記号	番号			年	月 日
④氏名		⑤生年月日		⑥電話	
(フリガナ)		昭・平		自宅	
		年 月 日		()	
⑦ 住所				携帯	
〒				()	
				備考	

健康保険 被扶養者届

※在職中に被扶養者であった方で引き続き被扶養者とする方のみ記入

⑧被扶養者氏名	⑨続柄	⑩生年月日	⑪住所	⑫年収見込額
(フリガナ)		昭・平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒	万円
		年 月 日		
(フリガナ)		昭・平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒	万円
		年 月 日		
(フリガナ)		昭・平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒	万円
		年 月 日		
(フリガナ)		昭・平・令	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒	万円
		年 月 日		

受付印