

健 保 使 用 欄	任意継続被保険者等番号	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
	77 -					

任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名			
フリガナ			資格喪失日 ※退職日の翌日	(和暦) 年 月 日		
被保険者氏名			退職後の収入 (年間見込額)	円		
被保険者連絡先 (居所住所)	〒			自宅		
				携帯		
給付金等の振込先	銀行コード	支店コード	口座番号 (右詰め)			
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

※保険料は引落としになりません。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

◎引き続き扶養する場合

⇒現在扶養者認定されている被扶養者を下記にご記入ください。
(未記入の場合別途確認させていただくことがあり、手続きに時間がかかります。)

◎新たに被扶養者を増員・減員する場合

⇒別途手続きが必要です。下記に記入せずに「被扶養者異動(増員・減員)届」を提出してください。

フリガナ 被扶養者氏名	生年月日	続柄	職業 学年	※1 収入の有無 (給与・年金：年間収入額)	※2 同居別居の別 (別居：年間送金額)
	(和暦) _____年 _____月 _____日			<input type="checkbox"/> 給与 _____円 <input type="checkbox"/> 年金 _____円 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ↓ _____円
	(和暦) _____年 _____月 _____日			<input type="checkbox"/> 給与 _____円 <input type="checkbox"/> 年金 _____円 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ↓ _____円
	(和暦) _____年 _____月 _____日			<input type="checkbox"/> 給与 _____円 <input type="checkbox"/> 年金 _____円 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ↓ _____円

【注意事項】

上記に相違ありません。

◎記入内容について、別途問い合わせまたは必要書類の提出をお願いすることがあります。

- ※1 収入が有る場合：給与(パート含む)・不動産等の総収入額、**年金額**を記入。
- ※2 別居の場合：被扶養者が学生以外の場合は、年間仕送り額を記入。

受付日付印

◎資格確認書：マイナ保険証をお持ちではない方に発行します。