

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	係	係

この申請書の太枠内にご記入ください。

資格喪失時	記号・番号	記号	番号	生年月日		性別	1.男	
	(フリガナ)			年 月 日 (満 歳)			2.女	
	氏名	(氏)	(名)	備考				
	(フリガナ)							
	住所	(〒 -)		都 道	府 県	TEL ()		
	事業所名称			資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日			
事業所所在地			標準報酬月額	千円				

退職後の振込先 (給付金等の振込先)	銀行・信金・労金	支店	普通・当座	資格確認書 発行要否
	口座番号			<input type="checkbox"/> 発行が必要

健康保険 被扶養者届

現在の被扶養者のうち継続して被扶養者としての方をご記入ください。

被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	住所
	(フリガナ)	年 月 日	1.男 2.女	
	(氏)	(名)		
	備考	資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要
氏名	生年月日	性別	住所	
(フリガナ)	年 月 日	1.男 2.女		
(氏)	(名)			
備考	資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要	
氏名	生年月日	性別	住所	
(フリガナ)	年 月 日	1.男 2.女		
(氏)	(名)			
備考	資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要	
氏名	生年月日	性別	住所	
(フリガナ)	年 月 日	1.男 2.女		
(氏)	(名)			
備考	資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大平洋金属健康保険組合理事長 殿

※被保険者等記号番号に代えて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。)

健保使用欄

任継記号・番号	90		
旧資格取得年月日	年 月 日	保 険 料 額	一般保険料 円
(任継資格取得年月日)	令和 年 月 日		調整保険料 円
旧資格喪失年月日	令和 年 月 日		介護保険料 円
資格喪失予定年月日	令和 年 月 日		合計 円
任継取得時決定標準報酬月額	千円		

受付日付印
