

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被保険者等			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	

資格確認書発行要否	資格確認書発行条件
発行が必要(レ付ける)	資格確認書の発行は以下該当する場合があります。
	* マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
	* マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録をおこなっていない者、利用登録解除者
* 要否について右面を必ず参照	* マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

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	☐ 同居 ☐ 別居	
		年 月 日	〒	万円
(フリガナ)		昭・平・令	☐ 同居 ☐ 別居	
		年 月 日	〒	万円
(フリガナ)		昭・平・令	☐ 同居 ☐ 別居	
		年 月 日	〒	万円
(フリガナ)		昭・平・令	☐ 同居 ☐ 別居	
		年 月 日	〒	万円

受付印