

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

申出者欄	申出者の氏名		生年月日			性別	被扶養者の有無	
	フリガナ (氏) (名)		昭和 平成	年	月	日	男 女	有・無 有の場合は、 下記の「被扶養者 届」に記入
	申出者の住所	〒 _____				連絡先		
		_____				電話	-	-
勤務していた 事業所名称等	名称	勤務していた時の被保険者		資格喪失日(退職日の翌日)				
	所在地	記号	番号	年	月	日	令和	

健康保険 被扶養者届 《資格取得時》

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者欄	被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄	職業	年間収入	同居別居 の別	
	フリガナ (氏) (名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		万円	同居 別居
	個人番号									
	フリガナ (氏) (名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		万円	同居 別居
	個人番号									
	フリガナ (氏) (名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		万円	同居 別居
	個人番号									
	フリガナ (氏) (名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		万円	同居 別居
	個人番号									

健康保険組合使用欄

	記号		年	月	日		千円
	900	資格取得日				標準報酬 月額	
	番号		年	月	日		
		資格喪失予定日 満了・後期				介護区分 有・無	期間中の変更 有・無 年 月から

受付印

資格確認書	要 ・ 不要	郵送・手渡し	保険料	口振 ・ 納付書	月分まで
-------	--------	--------	-----	----------	------