健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
兼　被扶養者（異動）届

※ 任意継続被保険者証	
記　号	番　号
1219	

常務理事	事務長	担　当

※印は記入不要です。

令和　　年　　月　　日 提出

資格喪失時の健康保険被保険者証		資格喪失年月日（退職日の翌日）	最後に被保険者として使用されていた事業所（保険証に記載してある事業所名称）	※ 標準報酬月額
記　号	番号（右づめで記入）			
1 2		年　月　日		千円

申請者の氏名と印			生年月日
(フリガナ) ㊞	確認欄 □	自署の場合は、押印を省略することができます。 ＊ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は☑)	昭平　年　月　日

申請者の住所	保険給付金等の振込先（健保から給付金等を振り込む際に使用する口座）			保険料の支払方法
〒　　－	銀行・農協 信用金庫	支店	店番号	1．全期前納 2．半年前納 3．月払い

電話番号		種　目	口座番号（右づめ）	受取人名（カタカナで記入）
自宅	携帯電話	1. 普通　2. 当座		

被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	現在の職業又は学年	収入（年額）※給与収入、年金、事業収入等	同居・別居
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			有・無 （　　円）	同居 別居
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			有・無 （　　円）	同居 別居
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			有・無 （　　円）	同居 別居

受付日付印

（令和2年7月改訂）