

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

	常務理事	事務長	課長	担当
同				

1	勤務していたときの 保険証記号番号	-
2	申出者氏名	ふりがな
3	住所	〒 -
4	申出者の生年月日	昭和・平成 年 月 日
5	性別	男・女
6	電話番号	携帯電話 - - 自宅 ()
7	被扶養者の有無	有・無
8	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
9	勤務していた 事業所の名称	
10	勤務していた 事業所の所在地	



*** 以下の欄は扶養者がいる場合、記入が必要です。**

健康保険被扶養者異動届(16歳以上の被扶養者は別途、現況届を添付してください。)

被扶養者の欄	被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	同居別居の別	職業	年間収入
	ふりがな	昭平令	年 月 日	男・女		同居・別居	
ふりがな	昭平令	年 月 日	男・女		同居・別居		
ふりがな	昭平令	年 月 日	男・女		同居・別居		
ふりがな	昭平令	年 月 日	男・女		同居・別居		

上記、被扶養者として事実相違ありません。申出者氏名