

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 記入の手引き」をご確認ください。
 届書(申出書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	アイウ
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県 支部 勤務していた時に使用していた被保険者証の(左づめ)	記号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>A</td><td>B</td><td>0</td><td>0</td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	B	0	0			番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>7</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	7						生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>3</td><td>0</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 平成	5	0	0	6	3	0
A	B	0	0																		
7																					
5	0	0	6	3	0																
氏名・印 印 (フリガナ) <u>ノグチノウ ケイジ</u> <u>農業 太郎</u>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 自署の場合は押印を省略できます。																				
住所 (〒 <u>192-XXXX</u>) <u>東京 都 府 県</u> <u>八王子市高尾町</u> 電話番号 (日中の連絡先) TEL <u>00 (XXXX) XXXX</u> <u>0X0X-△</u>																					

勤務していた事業所の	名称 <u>農事組合法人 すいれん</u>	所在地 <u>東京都あきる野市引田 0X0X</u>
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 <u>27</u> 年 <u>12</u> 月 <u>1</u> 日	

保険料の納付方法 <input type="checkbox"/> 1. 口座振替(毎月納付のみ) 2. 毎月納付 3. 6か月前納 4. 12か月前納 保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。
--	--

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ご記入ください。
- 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」をご提出ください。

必要な添付書類については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書 記入の手引き」をご確認ください。

被扶養者欄	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)	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			_____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			_____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			_____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	(フリガナ) _____ (氏) _____ (名)	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			_____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
扶養に関する申立欄 (添付書類が提出できない場合にご記入ください。)					左記の事実と相違ありません。 申出者氏名 _____ 印		
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。							_____ 万円

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 _____ 印

受付日付印 _____

様式番号

2	0	0	1	1	0
---	---	---	---	---	---

 _____ 協会使用欄 _____