

健保組合の記入欄	資格取得日	・	・	任 継	30	任継被保険者自	令和	年	月	日	から	
	資格喪失日	・	・	記号番号		期 間 至	令和	年	月	日	まで	
	標準報酬	決定日	・	・	組合平均標準報酬		決 定	被保険者証及び資格取得通知年月日				
		月 額	千円			千円		千円	令和	年	月	日
	生 年 月 日	・	・	常務理事		課長	被証	投入			処理月	
被扶養者の有無	有	・	無									

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記号		番号		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	住 所	〒 - TEL - -					
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	生	
		<input type="checkbox"/> 平成					
	資格喪失年月日 (退職した日の翌日)	令和	年	月	日		
退職時の 事業所	名 称						
	所 在 地						
保 険 料 の 納 付 方 法	<input type="checkbox"/> 現金(月払・前納払) <input type="checkbox"/> 銀行振込(月払・前納払) <input type="checkbox"/> 郵便振替(月払・前納払)						

*扶養している家族がある場合は、必要な各種証明書を添付して下さい。(注2. 参照)

扶養している家族の名前 生 年 月 日	性 別	続 柄	世 帯	職 業 また は 在 学 学 校 (学 年) 名	収入のある方はその収入額(年金等を含む)		
					種 類	金 額	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	<input type="checkbox"/> 年金・恩給	年額	円
				学校名 学年	<input type="checkbox"/> 勤労収入	月平均	
〒 - 住所					<input type="checkbox"/> 資産収入	月平均	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	<input type="checkbox"/> 年金・恩給	年額	円
				学校名 学年	<input type="checkbox"/> 勤労収入	月平均	
〒 - 住所					<input type="checkbox"/> 資産収入	月平均	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	<input type="checkbox"/> 年金・恩給	年額	円
				学校名 学年	<input type="checkbox"/> 勤労収入	月平均	
〒 - 住所					<input type="checkbox"/> 資産収入	月平均	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職業	<input type="checkbox"/> 年金・恩給	年額	円
				学校名 学年	<input type="checkbox"/> 勤労収入	月平均	
〒 - 住所					<input type="checkbox"/> 資産収入	月平均	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

島津製作所健康保険組合理事長殿

*給付金が発生した場合の振込先(被保険者名義)

銀行名 支店名 口座番号

*ご記入の際に「注意事項」をご参照ください。