

伺	常務理事	係	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

被保険者証の記号番号	記号	番号	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 性別 男・女
氏名	(フリガナ)		
	(氏)	(名)	
住所	郵便番号	-	
	(フリガナ)		
電話番号			
被扶養者の有無	有・無	「有」を「○」で囲んだ場合は、下記の「健康保険被扶養者届【資格取得時】」を記入してください	
勤務していた事業所名等	事業所名	ヤマサ醤油株式会社	
	所在地	千葉県銚子市新生町2丁目10番地の1	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日
保険料の納付方法	保険料の納付方法について、次のいずれか1つに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 毎月納付 <input type="checkbox"/> 前納 (9月30日まで) <input type="checkbox"/> 前納 (3月31日まで)		

【資格取得要件について】

- ・ 被保険者でなくなった日の前日までに、継続して2カ月以上の被保険者であったこと
- ・ 被保険者でなくなった日から20日以内に申請しなければならないこと
- ・ 初回保険料を当組合が指定する日までに納付しなければならない

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

被扶養者欄	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ)		昭和 平成 令和	男 女		万円	同居 別居
(フリガナ)		昭和 平成 令和	男 女		万円	同居 別居	
(フリガナ)		昭和 平成 令和	男 女		万円	同居 別居	

令和 年 月 日