※ 伺	年　月　日	令　和　年　月　日	常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係
	任継記号番号	8000－					
	標準報酬月額	千円					
	資格喪失予定年月日	令　和　年　月　日					

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

受付印

記入上の注意

1 2 3 ※欄は記入しないでください。
①欄には、資格喪失した際に使用されていた事業所の記号及び番号を記入すること。
⑫欄には、健康保険法第二十条の規定による期限（資格喪失の日から二十日以内）後に申請書を提出する場合は、その遅延した事由を記入すること。

① 健康保険被保険者証の記号・番号	○○○○ ― ○○○○			
② 生年月日	昭和・平成 ○○年○○月○○日	③ 性別	男・女	
フリガナ	ケンポ	タロウ		
④ 申請者の氏名	(氏) 健保	(名) 太郎		
⑤ 郵便番号	000 － 0000			
フリガナ				
⑥ 申請者の住所	○○ 都道府県 ○○市○○町1－1			
⑦ 電話番号	000 （ 000 ） 0000			
⑧ 被扶養者の有無	有・無	☆「有」に○を付けたときには、下の「被扶養者届」を記入してください。		
⑨ 資格喪失の際勤務していた事業所	名称	○○○○株式会社		
	所在地	○○県○○市○○町1－2		
	資格喪失年月日	令和○○年○○月○○日	標準報酬月額	000 千円
⑩ 保険料納付方法（該当する項目の□をチェックして下さい）	☑ 自動振替（京葉銀行のみ対応。⑪の口座と同一の口座を使用して下さい。）	☑ 毎月納付（1ヶ月分づつ）		
	□ その他（銀行送金 等）	□ 6ヵ月前納		
		□ 12ヶ月前納		
フリガナ	○○○ギンコウ	○○○シテン	⑫ 備考	
⑪ 給付金振込口座（本人名義の口座を記入して下さい）	○○○ 銀行・信用金庫	○○○ 本・支店		
口座名義	健保　太郎			
口座番号	普通・当座	○○○－○○○○		

健康保険　被扶養者届（資格取得時）

被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	収入	同居別居
フリガナ							
(氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女			万円	同・別
フリガナ							
(氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女			万円	同・別
フリガナ							
(氏)	(名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女			万円	同・別

千葉県機械金属健康保険組合 殿