

常務理事			担当者

# 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

申出者情報	被保険者等の ※ 記号	※ 番号	生 年 月 日	
			5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	氏 名 (フリガナ)	性 別		※ 標準報酬月額
		1. 男 2. 女		千円
	住民票住所 (〒 - )			
居所 (別送先) 住所・宛名	(〒 - ) 同上の場合、記入は不要です。		宛名	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	携帯電話	- -	

※ 欄は記入しないでください。

勤務していた 事業所の名称	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
勤務していた事業所の記号番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください		

## 【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。

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)	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナバ-			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ)	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナバ-			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ)	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナバ-			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ)	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナバ-			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

年間収入の確認をするために追加書類の提出を求めることがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

(R6.12)

受付印

資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 本人 発行が必要 <input type="checkbox"/> 家族 発行が必要
-----------	--