

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 記号・番号	-		(フリガナ) 氏名	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 -			
			携帯電話	- -
			自宅電話	- -
資格取得年月日	年 月 日		資格喪失年月日	年 月 日
勤務していた事業所	所在地	〒 -		
	名称			

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合、下記の振込口座の記入は不要です。)

振込 口座	銀行名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	<input type="text"/>

※返還金や給付金の振込に使用します。加入期間中に変更があった際はお知らせください。

被 扶 養 者 欄	氏名	生年月日	性別	続柄	収入	同居別居
	(フリガナ)	年 月 日	男 ・ 女		万円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)	年 月 日	男 ・ 女		万円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)	年 月 日	男 ・ 女		万円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)	年 月 日	男 ・ 女		万円	同居 ・ 別居

年 月 日

上記のとおり申請いたします。

健 保 記 入 欄	任意継続被保険者証 記号・番号	記号 9999	番号	標準報酬 月額	千円
	任意継続資格取得年月日		年 月 日	備考	
	任意継続喪失予定年月日		年 月 日		

受付日付印

常務理事	事務長	担当者

★この申請書は、資格喪失日より**20日以内**に当組合へ
ご提出ください。(20日以内必着)

i D A 健康保険組合

R6.12改訂