

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

令和 年 月 日				
常務理事	事務長	事務次長	課長	係

被保険者証の記号及び番号	〇〇 - 〇〇〇	40	※
申出者氏名	信 金 太 郎 (印)	生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所・電話番号	〒 060 - 0004 札幌市中央区北4条西5丁目1-4 TEL (XXX) XXXX - XXXX		
資格喪失の際、使用されていた事業所名	〇〇信用金庫	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇〇年 〇月 〇日
資格喪失の際の標準報酬月額	410 千円	任継適用標準報酬月額	※ 千円

※印の欄は記入しないでください

● 退職時に被扶養者となっていたご家族を引続き被扶養者とする場合は下記を記入ください。

被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日	被保険者との世帯	職業	収入の有無と内訳
(フリガナ) シンケン ハナコ 信 金 花 子	妻	男 女 (印)	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	同居 別居 (印)	年金 有 無 (印)	・月額 50,000円 ・年額 600,000円 ・内訳 (国民年金・厚生年金)
(フリガナ)		男 女	昭平 年 月 日	同居 別居	有 無	・月額 円 ・年額 円 ・内訳 ()
(フリガナ)		男 女	昭平 年 月 日	同居 別居	有 無	・月額 円 ・年額 円 ・内訳 ()
(フリガナ)		男 女	昭平 年 月 日	同居 別居	有 無	・月額 円 ・年額 円 ・内訳 ()

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

【注意事項】

- 任意継続被保険者となるには、次の要件を満たしていなければなりません。
 - (1) 被保険者の資格を喪失していること。
 - (2) 被保険者の資格を喪失した日の前日まで、継続して2カ月以上の被保険者期間を有すること。
 - (3) 資格喪失後20日以内に書類が健康保険組合に届くように申請すること。
- 収入のある扶養者については収入の内訳(パート、アルバイト、年金等の収入)を必ず記入すること。なお、認定にあたり確認書類を提出いただく場合があります。