

# 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	勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県		支部	
	勤務していた時に使用していた被保険者証の(左づめ)	記号	番号	生年月日 年 月 日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。
			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	(〒 - )	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			

勤務していた事業所の	名称	所在地
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日	

## 健康保険 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。

被扶養者欄	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) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
扶養に関する申立欄 (添付書類が提出できない場合にご記入ください。)					左記の事実と相違ありません。 申出者氏名		
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。					万円		

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

(26.7)

受付日付印