

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決 裁		
常務理事	事務長	係員

81-

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

文書番号NO.

(規則第15条関係)

①在職時の記号及び番号	記号	番号	②被保険者氏名		
			③生年月日		
④資格喪失日(退職日の翌日)	令和 年 月 日	⑤資格喪失の際の標準報酬月額		千円	
⑥資格喪失の際、使用されていた会社・事業所名称	名称				
	所在地	〒 _____			
⑦申請する被扶養者	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	住民票住所
	氏名(漢字)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		※被保険者と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		※被保険者と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		※被保険者と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる
※別居の場合、①給与明細書コピー(直近3か月) ②送金額の証明(直近3か月) ③被扶養者の住民票の写し(又は被扶養者の免許証コピー)を添付してください。 (送金額とは被扶養者の収入以上か送金下限額5万円です)					
⑧振込先	一部負担還元金・家族療養附加金等の送金を受ける場合の銀行口座 銀行コード( ) 支店コード( ) 銀行 支店 (名義人) フリガナ 普通口座No. <input type="text"/> (右ヅメ) 漢字				
⑨資格情報のお知らせ	世帯全員に発行します (マイナ保険証利用時に要する場合があります)		⑩備考		
⑩健康保険資格確認書	「マイナンバーカードを所持していない」または「マイナ保険証の利用登録を行っていない」方に発行します				

上記のとおり、申請します。  
東洋アルミニウム健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_  
住所

氏名

⑩ ※自署の場合は  
押印不要

TEL \_\_\_\_\_

※任意継続の手続きは「任意継続被保険者資格取得申請書」に必要事項を記入し、  
退職日の翌日から20日以内に当健保組合に提出し、初回保険料を納付することで完了し

受付印