

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

《申請期間は資格喪失後（退職後 20 日以内）》

常務理事	事務長	課長	係	*任意継続被保険者証		*資格喪失時の
				*記号	*番号	標準報酬月額
						千円

在職中の保険証の記号・番号		資格取得・喪失の年月日		オリンパスに再雇用の有無		再雇用の場合の所属先		申請日	
記号	番号	資格取得	平成 年 月 日	あり・なし		事業場		平成 年 月 日	
		資格喪失	平成 年 月 日	いつから 年 月		部署			
申請者 氏名	⑩	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女	在職中の 会社名	在職中の 勤務事業所所在地			
住所	〒 - -								
	TEL - - e-mail								
現在の 被扶養者 欄	氏名	生年月日	続柄	職業	同居の別	収入有無	収入(年額)	住所(別居世帯のみ記入)	
		昭・平 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
		昭・平 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
		昭・平 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
		昭・平 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
備考欄									

- 注) 1.太枠の中に記入してください。*目印欄には記入しないでください。
 2.資格喪失年月日は退職日の翌日です。
 3.保険料は最初の月は現金で事業所にこの申請書と共にお支払ください。次月からは郵便局引落しです。
 4.現在の被扶養者欄には、継続して被扶養者になる現在のご家族の事柄を記入してください。
 内容に変更がある場合は「健康保険被扶養者（異動）届」にて届出してください。
 5.被保険者の記号番号に代えて個人番号で申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）は備考欄に記入してください。
 尚、個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（□）」にチェックを入れてください。
 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 ）

