

## 記入見本

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

【任意継続保険を希望される方は、本申請書にご記入のうえ退職後20日以内に提出して下さい。】

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

記入日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	退職時の 保険証	記号	○	番号	○○○○○○				
資格喪失時に お勤めの事業所	××××株式会社		資格喪失の 年月日	（※退職日の翌日を和暦でご記入下さい） 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日						
フリガナ	ケンポ タロウ		生年月日	S H ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ○○ 歳						
氏名	健保 太郎									
フリガナ	○○ケン○○シ○○チョウ1-2-3 △△マンション123ゴウ									
住所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町1-2-3 △△マンション 123号 ※健康保険証を簡易書留で郵送しますので正確に記入して下さい。（マンション名・アパート名・○○号のある方は全て記入して下さい。）									
電話番号	○○ - ○○○○ - ○○○○	転居先	〒 ○○○ - ○○○○							
健康保険特定疾病療養受療証交付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		○○県○○市○○町9-8-7 TEL ○○ - ○○○○ - ○○○○							
※現在交付を受けている方は有に○をして下さい。（扶養家族含む） ＜特定疾病名＞ ①血友病 ②人工透析を行う必要のある慢性腎不全 ③後天性免疫不全症候群										
※近々転居される場合は、転居先の住所と転居予定日を上記欄へ記入して下さい。										
転居予定日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日頃										
※近々転居される場合は、転居先の住所と転居予定日を上記欄へ記入して下さい。										
保険料の納付方法 ※以下希望する払込方法に必ず○をし、希望する納付方法のいずれかに必ず○印願います。										
1. 単月払い 2. 半年前納払い（加入月～直近9月又は3月） 3. 年間一括払い（加入月～翌年3月）										
* 保険料は納付方法によりそれぞれ1ヶ月分・6ヶ月分・1年分を銀行振込によりお支払いいただきます。										
被扶養者申請の有無（いずれかに○をして下さい。） 無・ <input checked="" type="radio"/> 有（2人）										
※任意継続を加入されると同時に扶養家族を外す場合は、下記「扶養除外」と「異動事由に○」をして下さい。										
※継続して扶養する場合は、お手持の健康保険証をご確認の上、下記の項目に記入して下さい。（被扶養者がいない場合は記入不要）										
本人記入欄 へ 太 枠 内 ▽	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日	継続扶養・ 扶養除外	異動の事由（該当に○） 結 出 死 就 離 其 婚 生 亡 職 職 他	異動年月日	同居・ 別居	職業/ 学校（学年）	年間収入額 収入内容
	ケンポ ハナコ	妻	男	S・H・R	扶養		年月日	同	パート	800,000円/年 パート収入
	健保 花子		女	○○年○月○日	除外			同		
	ケンポ イチロウ	長男	男	S・H・R	扶養		○年○月○日	同	会社員	2,700,000円/年 給与
	健保 一郎		女	○年○月○日	除外			同		
	ケンポ ニコ	長女	男	S・H・R	扶養		年月日	同	保険大学	円/年
	健保 二子		女	○年○月○日	除外			同		
			男	S・H	扶養		年月日	同		円/年
お手元の健康保険証をご確認の上、該当する項目をご記入願います。										
健保組合より、各種給付金等をお振込みしますので必ずご記入願います。										
給付金等の振込先口座（健保組合から給付金をお支払いする場合の口座です。保険料は口座引落ではありません。）										
銀行名	支店名	金融機関番号	店舗番号	預金種別	口座番号（右詰で記入）					
○○○○	○○○	0005	002	普通	0123456					
口座名義（カタカナ）		ケンポ タロウ								

組合 記入 欄	任意継続被保険者証	記号	191	番号	
	資格取得年月日	令和 年 月 日		標準報酬月額	千円

常務理事	事務長	担当者

健保受付