

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	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	生年月日		S・H 年 月 日	歳										
氏名														
フリガナ														
住所	〒 - - ※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・〇〇号のある方は全て記入して下さい。）													
電話番号	- -	転居先	〒 - - Tel - -											
健康保険特定疾病療養受療証交付	有・無		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。											
※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														
保険料の納付方法 ※以下希望する払込方法に必ず○をして下さい。														
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・有（ 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）														
被扶養者異動届	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	
			男・女	S・H・R 年 月 日	扶養・除外						年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H・R 年 月 日	扶養・除外						年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H・R 年 月 日	扶養・除外						年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H・R 年 月 日	扶養・除外						年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H・R 年 月 日	扶養・除外						年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H・R 年 月 日	扶養・除外						年 月 日	同・別		円/年
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)				
銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合		本店 支店 出張所						普通 当座						
口座名義(カタカナ)														

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

本人記入欄へ太枠内