健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長		係

受付印

※太枠内をご記入ください

健康保険の記号・番号	記号	番号					
フ リ ガ ナ		性 別	男・女	生年月日	昭和・平成　年　月　日（年齢　歳）	資格確認書の交付を希望する場合は☑	□
申請者の氏名							
住民票住所	〒				電話（　）－（　）－（　） 携帯（　）－（　）－（　） E-mail		
現住所（住民票住所と異なるとき記入）	〒						
勤務していた事業所名称					資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　年　月　日	

現在扶養している被扶養者を再度被扶養者として申請する場合は**下記の全項目に記入してください**

	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	続柄	住居の同別	職業（学生、無職、パート等）	年間収入 無収入の場合は「0」と記入	資格確認書の交付を希望する場合は☑
被扶養者		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居		円	□
		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居		円	□
		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居		円	□
		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居		円	□

保険給付金の振り込み先	
※高額療養費や補助金などの支給がある場合、健保からお振込みするための口座です。被保険者名義の口座を必ずご記入ください。	
＊ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・口座番号を記入＊	
銀行　　支店	
1. 普通 2. 当座	口座番号
口座名義	フリガナ

備考欄	

記号・番号に代えて個人番号（マイナンバー）により申請する場合は、備考欄へ記入してください　※個人番号確認書類が必要です

子どもを被扶養者として申請し、配偶者は被扶養者として申請しない場合は**下記にも記入してください**

配偶者の年間収入金額	円	配偶者が現在加入している健康保険	1. 国民健康保険（市区町村）　2. 共済組合 3. 健康保険組合　4. 任意継続 5. その他（　）	申請者の退職後の収入予定金額（年間または1か月当たり）	円／月・年

加入できる期間	令和　年　月　日 より ～ 令和　年　月　日 まで		
退職時標準報酬月額	千円	任継標準報酬月額	千円
1か月の保険料	円	介 護 保 険	あり　・　なし
資格確認書		資格情報のお知らせ	
備　考		入 金 案 内	／　〒・社・M・T

【注意事項】
退職後20日以内に申請書と保険料の両方が健保に到着するようお手続きください。退職後20日を過ぎると加入できなくなります。

【提出方法】 郵送 または 社内便
〒103-0016　東京都中央区日本橋小網町９－２
SMBC日興証券グループ健康保険組合　任継係