

提出 期限	退職した翌日から 20日以内（健保必着）
----------	-------------------------

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

（本書には、必ず「控」としてコピーを添付してください）

記入例

- ・ 下記事項を了承のうえ任意継続被保険者資格の取得申請をします。
- ① 保険料が納付期限までに納付されなかった場合は、自動的に資格喪失すること。
- ② 資格喪失した場合は、7日以内に被保険者証を健康保険組合へ返却すること。

記号	番号	資格喪失予定年月日	証発行日	納付期日	証返年月日
6 0 0 0		平 年 月 日 (から無効)	平 年 月 日	平 年 月 日	平 年 月 日

正 控

※太線内のみ楷書で明確に記入のこと

申請者	氏名	性別	生年月日	事業所在 籍時の記録	記号	番号	月額	資格取得年月日	資格喪失年月日								
	フリガナ マルナカ マルコ ○中 ○子	男 ○女	昭 平 42年 7月 24日		9999	1234	千円 320	昭・平 12年 4月 1日	平 21年 4月 1日								
住所	〒 336 - 0000 埼玉県さいたま市〇区〇〇 〇-〇-〇				東京都中央区〇町 〇-〇-〇 〇〇△株式会社												
被 扶 養 者 届 (増	氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居の別												
	フリガナ マルナカ シカクミ ○中 □美	男 ○女	昭 平 3年 7月 20日	長女	同居												
	フリガナ	男	昭		銀行名												
	フリガナ	女	平		×××× 銀行 信用金庫 〇〇〇 支店												
	フリガナ	男	昭		組合												
フリガナ	女	平		同居	預金種目	普通・当座・貯蓄				口座番号	1	2	3	4	X	X	X
フリガナ	男	昭		同居	名義人	フリガナ マルナカ マルコ ○中 ○子											
フリガナ	女	平		別居													

(注意)

- 被扶養者の届出は、現在被扶養者認定されている（被保険者証が交付されている）方で、今回も被扶養者として申請する方のみご記入ください。ご記入がない場合は、被扶養者認定されません。
- 申請書が当組合に到着後1週間以内に、必要書類を申請書の住所に発送いたします。この期間不在の方は、事前に当組合 適用課までご連絡ください。

受付日付印

【連絡先】 三井健康保険組合 適用課 TEL 03-3243-1404