

## 記入例

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

平成 年 月 日

マルハン健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長		担当

下記のとおり申請します

\*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。

資格喪失時の記号・番号 (個人番号での申請も可)	1-123△△		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成	28年	7月○日
資格喪失時の標準報酬月額	千円 (記入不要)		
資格喪失時の 事業主 名 称	株式会社マルハン		
事業所 所在地	東京都千代田区丸の内1丁目11-1 パシフィックセンチュリープレイス丸の内28階		
(銀行名・支店名 フリガナ)	△△△△ ○○		
給付金等振込指定先	△△△△ 銀行	○○支店	普・当 No. ■■■■■
保険料納入指定区分	1 1ヶ月毎納付	2 半年分前納	3 1年分前納

保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意いたします。

被保険者氏名

健保 太郎

健保印

被扶養者状況	氏名	生年月日	性別	続柄	住所	
	健保 花子	昭和 平成	〇〇年 4月 1日	女	妻	〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室
	健保 一郎	昭和 平成	〇〇年 5月 1日	男	長男	〃
		昭和 平成	年 月 日			
		昭和 平成	年 月 日			

注：ご家族を扶養に入れる場合は、あらためて「被扶養者異動届」と添付書類の提出が必要です。

申請者の住所	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室 自宅TEL 〇〇 ( 1234 ) 携帯TEL ( )		
(フリガナ)	ケンポ タロウ		
氏名	健保 太郎		
生年月日	昭和・平成 〇〇年 7月 26日	(〇〇)歳	性別 男・女
メールアドレス	kenpo〇〇〇@docomo.ne.jp		

受付日付印

任意継続被保険者証 記号・番号	※	※
喪失予定年月日 (期間満了)	※	平成 年 月 日

注：※印の欄は、記入しないでください。