

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 御中

記入日	平成 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		（※退職日の翌日を記入下さい） 平成 年 月 日												
フリガナ	印		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	〒 -												
健康保険特定疾病療養受療証交付	有・無		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）		転居予定日		平成 年 月 日頃											
＜特定疾病名＞		※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。													
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、お手元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○）				異動年月日	同居・別居	職業/学校(学年)	年間収入額		
			男・女	S・H 年 月 日	扶養・除外	結 婚	出 生	死 亡	就 職	離 職	その他	年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H 年 月 日	扶養・除外							年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H 年 月 日	扶養・除外							年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H 年 月 日	扶養・除外							年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H 年 月 日	扶養・除外							年 月 日	同・別		円/年
			男・女	S・H 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	平成 年 月 日	標準報酬月額		千円

常務理事	事務長	担当者

受付印