

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

太陽誘電健康保険組合 御中

*任意継続を希望される方は、太枠内にご記入のうえ退職後20日以内に提出して下さい。

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|------------------------|-------------------|--------------------------------|------------|------|-------|
| 資格喪失時の健康保険証の記号および番号 | 記号 | 番号 | 記入日 | 令和 6 年 10 月 30 日 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 性別 | | | |
| | 昭和 | 34 | 4 | 30 | 65 | 男・女 | | | |
| 氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ | | | 自宅TEL | 0123 - 456 - 7890 | | | | |
| | 健保 太郎 | | | 携帯TEL | 090 - 1234 - 5678 | | | | |
| 現住所 | 〒 123 - 4567 | | 転居予定 | 無・有 ⇒ ある場合は、下記にご記入下さい。 | | | | | |
| | (フリガナ) グンマケンタカサキシサカエチヨウ | | 〇〇ハイツ | | | | | | |
| | 群馬県高崎市栄町123 | | 〇〇ハイツ 101号室 | | | | | | |
| 転居先住所 | 〒 890 - 1234 | | 転居開始日 | 令和 1 年 7 月 20 日～ | | | | | |
| | (フリガナ) トウキョウトチュウオウクキョウバシ | | ハイツ△△ | | | | | | |
| | 東京都中央区京橋789 | | ハイツ△△ 305号室 | | | | | | |
| 資格喪失時に お勤めの事業所等 | 名称： 太陽誘電株式会社 | | | 工場名： 高崎GC | | | | | |
| | 退職年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 資格喪失時の標準報酬月額 | | | |
| | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 千円 | | | |
| | | 1 | 5 | 2 | 0 | | | | |
| | | 1 | 5 | 2 | 1 | 500 | | | |
| 健保からの給付金 等の振込先口座 (本人名義) | 銀行名 | | 支店名 | | 預金種別 | | | | |
| | 〇〇銀行 | | △△支店 | | 普通・当座 | | | | |
| | 口座番号 | | 口座名義(カタカナ) | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| | ケンポ タロウ | | | | | | | | |
| 資格確認書の発行要否 | 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」に☑をつけてください。 ※以下に該当する場合があります。 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者 ・マイナンバーカードの電子申請書の有効期間が切れており、マイ保険証として継続利用しないため | | | | | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | | | |
| 被扶養者の有無 | 無・有 (2 名) ※被扶養者認定条件 対象者の年収が130万円(60歳以上または障害者は180万円)未満で、 被保険者の収入の2分の1未満であること | | | | | | | | |
| 被扶養者欄 | 被扶養者の氏名 | | 被扶養者の生年月日 | | 性別 | 続柄 | 職業・学生(学年) | 年間収入 | 同居・別居 |
| | (フリガナ) ケンポ ハナコ | | 昭和 | | 男 | 妻 | 主婦 | 0 | 同居 |
| | 健保 花子 | | 平成 | | 女 | | | | |
| | (フリガナ) ケンポ イチロウ | | 昭和 | | 男 | 次男 | 〇〇大学 3年 | 0 | 同居 |
| | 健保 一郎 | | 平成 | | 女 | | | | |
| | (フリガナ) | | 昭和 | | 男 | | | | 同居 |
| | | 平成 | | 女 | | | | 別居 | |
| (フリガナ) | | 昭和 | | 男 | | | | 同居 | |
| | | 平成 | | 女 | | | | 別居 | |

事業所担当者印

《 健保使用欄 》

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健保受付印