

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	年	月	日		
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	年齢	歳	性別 男・女		
氏名	(フリガナ)			自宅TEL	—	—			
				携帯TEL	—	—			
現住所	〒 —		転居予定 無・有 ⇒ ある場合は、下記にご記入下さい。						
	(フリガナ)								
転居先住所	〒 —		転居開始日 令和 年 月 日～						
	※今後転居予定のある方はご記入下さい								
資格喪失時に お勤めの事業所等	名称：			工場名：					
	退職年月日	令和	年	月	日	資格喪失時の標準報酬月額	※健保記入欄 任意継続 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	千円		
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			
						普通・当座			
	口座番号			口座名義(カタカナ)					
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 (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)		昭和 平成 令和 年 月 日		男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		男 ・ 女			万円	同居 ・ 別居
	(フリガナ)		昭和 平成 令和 年 月 日		男 ・ 女			万円	同居 ・ 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
