|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険任意継続申請書下記の通り申請します 令和　　年　　月　　日　提出 | 認　　定 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |
| 事業所 | 名　称 |  | 決　裁　お　よ　び　伺　（健保記入欄） |
| 所在地 | 名古屋市瑞穂区須田町２番５６号 | 任意継続被保険者期間 | 自　　　　年　　　月　　　日至　　　　年　　　月　　　日 |
| 記号　－　番号 |  － | 所属 |  |
| 取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 従業員番号 |  |
| 健保資格喪失日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 喪失年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 社内ＴＥＬ |  |
| 9月30日全被保険者平均標準報酬月額 | 千円 |
| 資格喪失時標準報酬月額 | 千円 | 備考 |
| 任意継続被保険者証番号 | ９－ |
| 給付受取口座（本人名義） | 銀行・信金・信組・農協 | 銀行コード |  |  |  |  |
| 支　店 | 支店コード |  |  |  |  | **健康保険被扶養者（異動）届**任意継続保険加入後も継続して扶養する場合は、以下に氏名等を記入してください。 |
| （普通・その他（　　　　　）） | 口座Ｎｏ. |  |  |  |  |  |  |  |
| **申　請　者** | 退職後住所(居所) | 〒 |
| 氏　　名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 同居・別居 |
| 住民票住所**□**上記に同じ | 〒 |  |  | 　　年　　月　　日 | 同 ・ 別 |
|  |  | 　　年　　月　　日 | 同 ・ 別 |
| 自宅🕿　（　　　）　　　－　　　　　　番号非通知拒否設定（有・無）携帯🕿　（　　　）　　　－　　　　　　（フリガナ）氏　　名 生年月日　S・H　　　年　　　月　　　日　生　　（男・女） |  |  | 　　年　　月　　日 | 同 ・ 別 |
|  |  | 　　年　　月　　日 | 同 ・ 別 |
| ※新規で扶養される場合は別途届出が必要です。 |