

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
記号 - 番号	-		所属								取得年月日	年	月	日		
			従業員番号								喪失年月日	年	月	日		
健保資格喪失日	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								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。				
	支店			支店コード												
	(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
	自宅☎ () -	番号非通知拒否設定 (有・無)												年 月 日	同・別	
	携帯☎ () -													年 月 日	同・別	
	(フリガナ) 氏名	_____											※新規で扶養される場合は別途届出が必要です。			
生年月日 S・H	年	月	日生	(男・女)												