

健康保険任意継続  
被保険者資格取得申請書  
兼 被扶養者（異動）届

※健康保記入欄	※任意継続被保険者証		※資格喪失の時の	※任意継続決定
	※記号	※番号	標準報酬月額	標準報酬月額
			千円	千円

常務理事	事務長	担当

記入日 年 月 日

申請者記入	申請者の氏名	生年月日	資格取得の年月日（退職日の翌日）	在職中の被保険者証記号・番号					
	フリガナ	年 月 日	年 月 日	—					
	申請者の住所			連絡先					
	〒 -			携帯TEL ( )					
				自宅TEL ( )					
				Mail					
	所属会社（事業所）			備考					
	保険給付金等の振込先	銀行・農協		本店 支店 出張所	種目	口座No.（右ヅメ）			店舗No.
		信用金庫			普通				
	信用組合		※被扶養者（異動）届 扶養家族の申請がある場合は、以下記入。別途、扶養状況調査書(A)/(B)・添付書類も必要						
氏名	性別	生年月日	続柄	職業	収入（年額）	世帯の別	被扶養者となる日	被扶養者となる理由	
フリガナ		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日		

\*被扶養者の加入を同時に申請する方は、扶養状況調査書及び添付書類が必要になります。

日本ヒューレット・パッカート健康保険組合

【収集する個人情報について】

\*本申請書に記入された個人情報は、本申請書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。