

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	常務理事	事務長	担 当
	※記 号	※番 号	標準報酬月額	標準報酬月額			
			千円				

アルファベット、数字は  
丁寧に記入ください。

社員本人について記入ください。

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
ケンポ イチロウ 健保 一郎	36年 10月 20日	xx年 11月 1日	保険証にて 確認ください
申請者の住所		連絡先	
〒111-0000 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇		携帯TEL 080 ( 1234 ) 5678 自宅TEL 03 ( 1234 ) 5678 Mail kenpo1@XXX.ne.jp	
所属会社 (事業所)	退職時の所属会社名	備考	
保険給付金等の 振 込 先	〇△□	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	〇〇〇	種 目	口座No. (右ヅメ)
		1. 普通	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
		2. 当座	

被扶養者（異動）届の欄は、

被 扶 養 者 （ 異 動 ） 届								
以下は、扶養家族の申請がある場合のみ記入								
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
ケンポ ケイコ 健保 恵子	女	H 1 年 1 月 1 日	妻	パート	100万 円	同世帯 別世帯	xx年 11月 1日	収入が少ない為
		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日	
		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日	
		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日	
		年 月 日			円	同世帯 別世帯	年 月 日	

収入のある方は職業欄の記入  
をお願いします。

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となります。

【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。