

常務理事	事務長	課長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

令和 年 月 日

被保険者	記号	8888	番号	
氏名	(フリガナ)		(氏)	(名)
生年月日	昭和・平成 年 月 日			性別
郵便番号	-			
住所	(フリガナ)			
電話番号(日中の連絡先)				

退職前の 事業所名称	記号		番号		
	事業所名称				
	事業所所在地				
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日			

### 健康保険 被扶養者届(資格取得時)

任意継続被保険者の資格取得時に有する被扶養者のみ記入してください。

資格取得日の翌日以降に被扶養者となる場合は「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	同居・別居の別
(フリガナ)	昭和・平成・令和	男・女			同居・別居
	年 月 日				
(フリガナ)	昭和・平成・令和	男・女			同居・別居
	年 月 日				
(フリガナ)	昭和・平成・令和	男・女			同居・別居
	年 月 日				
(フリガナ)	昭和・平成・令和	男・女			同居・別居
	年 月 日				
(フリガナ)	昭和・平成・令和	男・女			同居・別居
	年 月 日				