

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

申請者について	記号番号	—	フリガナ			
			氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失時 満年齢	歳	性別 男・女
	フリガナ	〒 — 都・道 府・県				
	住所	※住所は住民票記載通りに記入してください。(省略不可)				
	電話番号(日中繋がる連絡先) ( ) —		メールアドレス @			
保険料 納入方法	1. 前納(一括)(取得翌月より年度一括払い) 2. 前納(分割)(取得翌月より年度2分割払い) 3. 毎月払い			被扶養者 の有無	1. 有り 2. 無し	
資格喪失時の 事業所について	名称	株式会社サンゲツ				
	所在地	名古屋市西区幅下一丁目4番1号				
	資格喪失 年月日	令和 年 月 日 (退職日翌日)				
振込口座 保険給付金	金融機関名	支店名(店番 )	口座番号	口座名義人氏名		
	銀行 信用金庫 信用農協	本店 支店 出張所	普通・当座	フリガナ		
備考						

## 健康保険 任意継続被扶養者(異動)届

※別紙の「被扶養者現況届」のご記入・押印およびその他の必要書類を一緒に提出してください。

その他の書類については、「扶養の追加申請に必要な確認書類」をご確認ください。(ホームページ参照)

被扶養者について	氏名	性別	生年月日	続柄	備考
	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)	
	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)	
	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)	
フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

サンゲツ健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	係	係	受付印