

タムラ製作所健康保険組合

任意継続被保険者資格取得申請兼被扶養者申請書

任意継続被保険者制度を理解したうえで、下記のとおり申請いたします。(裏面を必ずご確認ください。)

	記号	番号	氏名(ふりがな)		年齢	性別	生年月日
現在の 保険証	20X	4567	(ふりがな) けんぼ たろう			男	昭和 平成
任意継続加入後 (健保記入欄)	999	健保記入欄	(自署) 健保 太郎		3X 才	女	57年12月15日
住所	〒 17X - 801□ 東京都〇〇区△△町7-6-5				電話番号	03 - 3XX1 - XX76	
					携帯番号	0X0 - 3XX9 - 6XX9	
資格取得日	H10 または 1998 年 4月 X日			退職日	20XX年 3月 31日		
退職時の事業所名称	(株)タムラ製作所 〇〇事業所						
保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 全期前納(4月~3月) <input type="checkbox"/> 半年前納(4月~9月・10月~3月) <input checked="" type="checkbox"/> 毎月 ※口座振替(引落)による保険料納付はおこなっておりません。 <small>チェック(✓)が無い場合は毎月となります。</small>						
給付金・還付金 振込先(ご本人名義)	銀行名		支店名		口座番号		
	△◇〇 銀行		〇10そ〇 支店(出張所)		普通 05△25△△		
※給付金・還付金が発生した場合のみ、上記の口座にお振込をいたします。(口座振替(引落)はおこなっておりません) ※ゆうちょ銀行の場合、【振込用】店番号・口座番号をご記入ください。							
【被扶養者申請欄】 ※住民票の写し(世帯全員)1部を添付							
ふりがな	性別	生年	世帯全員が記載されている『住民票の写し』1部を添付ください。 (発行より3か月以内、続柄、世帯主記載(省略不可)、マイナンバー不要)				
けんぼ はなこ	男	S59年 4月 15日	3X 才	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 学生		
健保 花子	女		妻	<input type="checkbox"/> 別居	収入(年収) 60万円		
けんぼ いちろう	男	H24年 4月 10日	X 才	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 学生		
健保 一郎	女		長男	<input type="checkbox"/> 別居	収入(年収)		
けんぼ はな	男	H26年 10月 1日	X 才	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 学生		
健保 はな	女		長女	<input type="checkbox"/> 別居	収入(年収)		
	男	年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 学生		
	女			<input type="checkbox"/> 別居	収入(年収)		

※初回任継保険料は退職日の翌日から20日以内にお振込ください※

健保受付日

振込先:りそな銀行(010) 石神井支店 普通 0397588

名義人:タムラ製作所健康保険組合 振込人名:被保険者氏名

※振込手数料をご負担ください

納付期日までに初回保険料を納付されなかった場合、被保険者資格取得申出が取り消しとなりますのでご注意ください。

健保記入欄	資格取得年月日	退職時の標準報酬月額	
	年 月 日	千円	
	(任継)資格取得日(退職の翌日)	(任継)資格喪失予定日	標準報酬月額
	年 月 日	年 月 日	千円