

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	被保険者証の記号番号	—	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						
	住所	〒 — TEL( ) —					
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4-1					
	資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日翌日)					
振込口座	銀行名	銀行 信用金庫 農協		支店名	本店 支店 出張所		
	口座番号	普通・当座		口座名義	申請者氏名に同じ		
備考							

健康保険 任意継続被扶養者(異動)届

被扶養者について(詳細は別紙「被扶養者現況届」)	氏名	フリガナ	性別	生年月日	続柄	備考
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
			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	副事務長	係	係	受付印