

決 裁			
理事長	常務理事	事務長	担当

飯野健康保険組合 理事長殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請者情報	①健康保険被保険者証	記号		番号		③生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成	
	フリガナ											
	②被保険者氏名							印	性別		<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	④ 個人番号(マイナンバー)											
	住所	(〒 -)										
	電話番号	()										
	資格喪失時の事業所名	名称				所在地						
	資格喪失年月日(退職日の翌日)				資格喪失の際標準報酬月額			千円				
	保険料納付方法	※	全期			半期			毎月			
	振込希望の銀行名 支店名・口座番号											

※ 全期(3月までの一括払い)・半期(4月～9月まで、10月～3月までの2期分割払い)・毎月(月々の払い)

健康保険 被扶養者届(資格取得時)

氏 名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居