

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

①健康保険被保険者証	記号	1234	番号	56	③生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	51年10月3日
フリガナ	ケンポ タロウ					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
②被保険者氏名	健保 太郎					印 (健保)	
④個人番号(マイナンバー)	0000000000						
住所	(〒000-0000) ××県××市〇〇〇×-×-×						
電話番号	××(××××)××××						
資格喪失時の事業所名	名称	飯野海運(株)		所在地	東京都港区西新橋 〇-〇-〇		
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和2年4月1日			資格喪失の際標準報酬月額	190 千円		
保険料納付方法	※	全期		半期	毎月		
振込希望の銀行名	×××銀行 〇〇支店 普通 0000000						
※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)							

申請者情報

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				
						マイナンバー番号				
フリガナケンポ ハナヨ	昭和27年 9月8日	<input type="checkbox"/> 男性	×	×	×	×	×	×	×	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
氏名 健保 花代		<input checked="" type="checkbox"/> 女性								
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性								<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
氏名		<input type="checkbox"/> 女性								
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性								<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
氏名		<input type="checkbox"/> 女性								
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性								<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
氏名		<input type="checkbox"/> 女性								

被扶養者情報