常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格取得申請書

太枠の中を記入して下さい。

現在の保険証	記号	●●●●	番号	●●●●	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ	生　年　月　日	性別
任　継取得後	記号		番号			健保　太郎	昭和 (平成) ●●年●●月●●日	1 (男) 2 女

保険料納付方法（希望に○）	(1). 一括納付(年度末まで)　2．一括納付(半期毎)　3．毎月納付
住民票住所	〒●●●●－●●●● ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
居所（保険証送付先）	〒　　－　　※上記の住民票住所と同じ場合は記入不要
自宅電話番号：●●●● －●●● －●●●●	携帯電話番号：●●●● －●●● －●●●●

※保険料の自動引落しはできませんのでご了承下さい。
※金融機関は、健保組合からの給付金・補助金等の振込用です。
※ご本人の名義に限ります。

銀行名	支店名	店番号	口座番号		口座名義
●●●● 銀行	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ○○○○ ●●●●	●●●	普・当	●●●●●●	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎

＊緊急連絡先は、ご本人の住所とは異なる親族等の方を記入して下さい。

緊急連絡先	(フリガナ) 氏　名	ケンポ　ハナコ 健保　花子	申請者との続柄	申請者の　母
	住　所	〒●●●●－●●●● 電話●●●● －●●● －●●●●		

【 被扶養者申請欄 】

＊当健保加入事業所を退職後、引き続き被扶養者として申請する場合は『継続』に○を付けてください。
＊新規に被扶養者を申請する場合は『新規』に○を付けてください。各種証明書等の書類が必要ですので、詳細につきましては、健康保険組合までご連絡下さい。　℡0467-89-2228

＊区分	氏　名	性別	生　年　月　日	続柄	収入	同居・別居の区別
(継続) 新規	フリガナ ●●● ●●● ●● ●●	男 (女)	昭和・(平成) ●●年●●月●●日	●●	有・無 ●●万円/年	(同居)・別居※別居の場合、下段に住所記入 〒
継続 新規	フリガナ	男 女	昭和・平成 年　月　日		有・無 万円/年	同居・別居※別居の場合、下段に住所記入 〒
継続 新規	フリガナ	男 女	昭和・平成 年　月　日		有・無 万円/年	同居・別居※別居の場合、下段に住所記入 〒
継続 新規	フリガナ	男 女	昭和・平成 年　月　日		有・無 万円/年	同居・別居※別居の場合、下段に住所記入 〒

【健康保険組合使用欄】

任意継続被保険者資格取得年月日	年　月　日	任意継続被保険者資格喪失予定日	年　月　日

資格喪失の際の標準報酬月額	決定標準報酬月額	健康保険料	介護保険料
千円	千円	円	円

受付印

R6.2 月改定
アルバック健康保険組合