

※健康 保 記 入	資格取得日			資格喪失時の 標準報酬月額
	昭和 平成	年	月	日

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

提出日 平成 年 月 日

申請者 記入 欄	在職中の保険証の記号-番号				申請者氏名				
	記号		番号		(フリガナ) ブヒン		タロウ		
	○	○	○	○	○	○	○	○	
					部 品		太 郎		
	生年月日				資格喪失日 (退職日の翌日)				
	昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	
	(被保険者ご本人様が記入される場合には、被保険者ご本人様の押印は不要です)								
	現住所								
	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町○-○ 自宅TEL 03 (○○○○) ○○○○ ・ 携帯TEL 090 (○○○○) ○○○○								
	退職時の勤務先								
(会社名) (株)自動車部品 (所在地) 東京都○○区○○町○○-○○									
※ 保険料の納付方法 (<input checked="" type="checkbox"/> 選択してください。)									
<input checked="" type="checkbox"/> 毎月払い <input type="checkbox"/> 1年前納(年1回) <input type="checkbox"/> 6ヶ月前納(年2回)									
注) 1年前納 : 4月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い 6ヶ月前納 : 4月(又は任継加入月)~9月までと10月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年2回払い									
被扶養者の有無				有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無					
(有)の方は任意継続被保険者の資格取得日に有する被扶養者のみ記入して下さい。 一般の扶養認定と同様の添付書類が必要になります。									
被扶養者 申請欄	フリガナ 氏 名	続柄	性別	生年月日			年収額	同居別居	
			男・女	昭和 平成	年	月	日	万円	同居・別居
			男・女	昭和 平成	年	月	日	万円	同居・別居
			男・女	昭和 平成	年	月	日	万円	同居・別居
			男・女	昭和 平成	年	月	日	万円	同居・別居
			男・女	昭和 平成	年	月	日	万円	同居・別居

※ この申請書は会社を退職した日の翌日より 必ず 20日以内 に組合に必着しない場合は無効となります。

受付日付印

申請 及び お問い合わせ先
〒108-0074 東京都港区高輪 1-16-15
日本自動車部品工業健康保険組合 業務課
電 話 03 - 3443 - 4256