

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	健保番号	(ﾌｶﾞ 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
	(ﾌｶﾞ 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) (取得翌月より年度二分割払い) 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 マ キ タ							
	所在地	安城市住吉町3丁目11番8号							
	資格喪失 年月日	令和 年 月 日(退職日翌日)							
保険給付金 振込口座	銀行名	銀行 金庫 農協	支店名	店 出張所					
	口座番号	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)	氏名	性別	生年月日	続柄	備考	
	ﾌｶﾞ ﾅ	男・女	昭 平 令	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
	ﾌｶﾞ ﾅ		昭 平 令	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
	ﾌｶﾞ ﾅ	男・女	昭 平 令	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
	ﾌｶﾞ ﾅ		昭 平 令	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
	ﾌｶﾞ ﾅ	男・女	昭 平 令	年 月 日 (資格喪失時年齢 満 歳)		
ﾌｶﾞ ﾅ	昭 平 令		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 マキタ健康保険組合 理事長 殿