記号・番号は保険証から転記

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

記入例

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	●	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝｺｳ　ﾀﾓﾂ 健康　保	
	番号	×××××	生　年　月　日	昭・平・令　●年　●月　●日	
資格喪失年月日 (退職の日の翌日)	令和 ●年　●月　●日		退職時に使用されていた事業所	社員番号（　×××××　） 三菱ＵＦＪニコス株式会社	
資格喪失前の被保険者であった期間	(自) 昭和 平成 ;令和 ●年 (至)　　令和 ●年		←資格取得日(保険証から転記) ←退職日	●年　●ヶ月間	

標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	※健康保険組合理事長が公告した標準報酬月額	※　決　定　標　準　報　酬　月　額
	千円	千円 記入不要	千円

扶養にいれている家族(保険証を持っている)の名前を記入

	名	生　年　月　日	性別	続柄	住所（別居の場合のみ記入）
養者	ｹﾝｺｳ ｸﾐｺ 健康　組子	昭・平・令 ●　年●月●日	女	妻	住所(別居の場合のみ記入)
	ｹﾝｺｳ ｱｲｺ 健康　合子	昭・平・令 ●　年●月●日	女	長女	○○市△△町 1-23-3
	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝｺｳ ｹﾝｲﾁ 健康　険一	昭・平・令 ●　年　●　月●日	男	長男	
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			

保険料納付方法 (番号を○で囲む)	★前納期間中に納付方法の変更はできません。 1．単月（毎月納付。）　2．６ヶ月前納　3．１２ヶ月前納
給付金等がある場合の振込金融機関 (番号を○で囲む)	1．在職中の給与振込金融機関　(＊旧郵便局口座不可、ゆうちょ銀行新口座取扱い可) 2．１以外の金融機関 ・金融機関名：　・本店又は支店名： ・預金種目：　・口　座　番　号：

上記の通り申請します。

令和　●年　●月　●日

（申請者）〒123-0007　住　所：東京都文京区本郷 3-33-5

電　話：03－3815－××××　(携帯電話 090-5330-××××)

氏　名：健　康　　保

健保記入欄

※記入しないでください

常務理事	事　務　長	担　当　者

旧保険証回収　　月　　日　　任保険証回収　　月　　日

※欄は記入しないで下さい。

三菱ＵＦＪニコス健康保険組合

【適6】20211001