

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

《申請期間は資格喪失後（退職後 20 日以内）》

常務理事	事務長	課長	係	*任意継続被保険者証		*資格喪失時の 標準報酬月額
				*記号	*番号	
						千円

在職中の保 険証の	記号	番号	申請者 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	男・女	申請日	令和 年 月 日
資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日	令和	年 月 日	在職中の会社名	在職中の 勤務事業所所在地		
住所	〒 -								
	TEL - - e-mail								
現在の被扶養者欄	氏名	生年月日	続柄	職業	同居の別	収入有無	収入(年額)	住所(別居世帯のみ記入)	
		昭・平・令 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
		昭・平・令 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
		昭・平・令 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
		昭・平・令 年 月 日			同・別	有・無	円 千 -		
備考欄									

- 注) 1.太枠の中に記入してください。*目印欄には記入しないでください。
 2.資格取得日はオリンパス健保に加入した日です。(事業所が変わっている場合は、最新の取得日です。)
 3.資格喪失日は退職日の翌日です。
 4.他社へ出向している場合、在職中の会社には原籍会社を記入してください。
 5.初月保険料は、指定の払込取扱票を事業所担当者、または健保から入手して払い込んでください。次月からは郵便局引落しになります。
 6.現在の被扶養者欄には、継続して被扶養者になる現在のご家族の事柄を記入してください。
 内容に変更がある場合は「健康保険被扶養者(異動)届」にて届出してください。
 7.被保険者の記号番号に代えて個人番号で申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)は備考欄に記入してください。
 尚、個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。
 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)



オリンパス健康保険組合