

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 *記号	*番号	*資格喪失時の 標準報酬月額
						千円

在職中の保 険証の	記号	11	番号	12345	申請者 氏名	光学 一郎	生年月日	昭和 平成	35年7月7日	男・女	申請日	令和3年4月1日
資格取得日	昭和 平成 令和	16年10月1日	資格喪失日	令和	3年4月1日	在職中の会社名	オリンパス株式会社		在職中の 勤務事業所所在地	東京都新宿区西新宿 2-3-1 新宿モリス		
住所	〒123-1234 東京都渋谷区幡ヶ谷 12345 オリンパスマンション 555 TEL 01-2345-6789 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)			
	光学 花子	昭和 平成 令和 40年10月10日		妻	無職	同・別	有・無	0円	円	-		
		昭・平・令 年 月 日				同・別	有・無	円	円	-		
		昭・平・令 年 月 日				同・別	有・無	円	円	-		
		昭・平・令 年 月 日				同・別	有・無	円	円	-		
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)

