|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 下記の通り申請します 令和　　年　　月　　日　提出 | | | | | | | | | | | | | 認　　定 | 常務理事 | | 事務長 | | 係 | |
|  | |  | |  | |
| 事業所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | 決　裁　お　よ　び　伺　（健保記入欄） | | | | | | |
| 所在地 | 名古屋市瑞穂区須田町２番５６号 | | | | | | | | | | | 任意継続  被保険者期間 | | | | 自　　　　年　　　月　　　日  至　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 被保険者等  記号　－　番号 | － | | | | 所属 | |  | | | | | |
| 取得年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 従業員番号 | |  | | | | | |
| 健保資格喪失日 | 年　　　月　　　日 | | | | 喪失年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 社内ＴＥＬ | |  | | | | | |
| 9月30日全被保険者  平均標準報酬月額 | | | | 千円 | | |
| 資格喪失時  標準報酬月額 | 千円 | | | 備考 | | | | | | | | |
| 任意継続  被保険者証番号 | | | | ９－ | | |
| 給付受取口座  （本人名義） | 銀行・信金・信組・農協 | | | | | 銀行コード | | |  |  |  |  |
| 支　店 | | | | | 支店コード | | |  |  |  |  | **健康保険被扶養者（異動）届**  任意継続保険加入後も継続して扶養する場合は、  以下に氏名等を記入してください。 | | | | | | |
| 普通・その他（　　　　　） | | | | 口座Ｎｏ. |  |  |  |  |  |  |  |
| **申　請　者** | 退職後住所 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | 続柄 | | 生 年 月 日 | 同居・別居 | 資格  確認書 |
| 住民票住所  **□**上記に同じ | | 〒 | | | | | | | | | |  | |  | | 年　　月　　日 | 同 ・ 別 | □要 |
|  | |  | | 年　　月　　日 | 同 ・ 別 | □要 |
| 自宅🕿　（　　　）　　　－　　　　　番号非通知拒否設定（有・無）  携帯🕿　（　　　）　　　－　　　　 資格確認書の発行要否　□発行要  （フリガナ）  氏　　名  生年月日　S・H　　　年　　　月　　　日　生　　（男・女） | | | | | | | | | | | |  | |  | | 年　　月　　日 | 同 ・ 別 | □要 |
|  | |  | | 年　　月　　日 | 同 ・ 別 | □要 |
| ※新規で扶養される場合は別途届出が必要です。  　資格確認書はマイナ保険証をお持ちの場合は発行不可です。  　その他にも発行条件がありますので記入例をご確認ください。 | | | | | | |

健康保険任意継続申請書