

# 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

決 裁 日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者

(勤務していた時に使用していた) 被保険者証の記号・番号	(フリガナ) 被保険者氏名	レングウ タロウ 連合 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 25 年 3 月 31 日生 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女 <input type="checkbox"/> 女
50 100						
勤務していた 事業所名称等	事業所名称	丸紅〇×〇× 株式会社				
	事業所所在地	大阪市北区〇町〇-〇-〇				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 3 年 4 月 1 日	資格喪失時の 標準報酬月額	410 千円			

※ 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	備考
レングウ ハナコ 連合 花子	<input type="checkbox"/> 男・女 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 26 8 1	妻	
	<input type="checkbox"/> 男・女 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		
	<input type="checkbox"/> 男・女 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		
	<input type="checkbox"/> 男・女 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		

- 【注 意 事 項】
- 提出期限は、「退職日の翌日から20日以内(必着)」となります。期限を超えての申出は認められません。
  - 申出書に基づき、新しい保険証及び保険料納付書を、ご自宅あてに郵送いたします。なお、初回分保険料は、指定された期限(概ね2週間後)までに必ず納付してください。万一、期限までに納付がない場合は、資格(申出)が取り消されますので、くれぐれもご注意ください。
  - 【申出書提出先】  
〒 530-0004 大阪市北区堂島浜1-2-1 丸紅連合健康保険組合  
TEL 06-6347-3550

受付日付

上記のとおり申出いたします。

令和 3 年 4 月 5 日

申 出 者	住所	(〒 530 - 0000 ) 大阪市北区〇〇町〇-△-□
	氏 名	連合 太郎
	連絡先	( 06 ) 1234 - 5678