

発議		年 月 日					
※ 健 保 使 用 欄	任 継 記 号 番 号	90 -		常務理事	事務長		担当
	任 継 取 得 年 月 日	年 月 日					
	任 継 標 報 月 額	千円					
	任 継 月 額 保 険 料	円	初回保険料収納日	月 日 振込			
	任 継 介 護 保 険 料	円	扶養家族の有無	有り(人) 無し			
	喪 失 時 の 月 額	資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日		
	千円	年 月 日					

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

NTPグループ健康保険組合 殿

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

現在の被保険者証の		被 保 険 者 の 氏 名		被 保 険 者 の 生 年 月 日		性別	
記号	番 号	健保 太郎		〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		男 女	
〇〇	〇〇〇〇						
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇			携帯番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
				メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇		
任継保険料の納付方法		毎月納付		9月まで前納		3月まで前納	
希望の納付方法を○で囲んでください。前納の場合は、毎月払いより割引されます。							
保険給付金等の希望振込金融機関		当座	口座番号		フリガナ		
三菱UFJ 銀行		支店			名 義		
		・					
		普通					
※ 上記金融機関欄は、健保から給付金などが支払われる場合必要です。出来るだけ三菱UFJ銀行にしてください。							

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

※ 任意継続被保険者の資格取得時に、引き続き被扶養者になりたい方について記入してください。

※ 資格取得日の翌日以降に、被扶養者になりたい方は、別途「被扶養者異動届」を提出してください。

							健保使用欄
被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居・別居	認定印 ※
フリガナ	年 月 日	男・女			万円	同居・別居	
フリガナ	年 月 日	男・女			万円	同居・別居	
フリガナ	年 月 日	男・女			万円	同居・別居	
フリガナ	年 月 日	男・女			万円	同居・別居	

上記被扶養者の状況については、事実と相違ありません。

被保険者名