

発議	平成	年	月	日				
※ 健 保 使 用 欄	任継の記号番号	90-						
	任継取得年月日	平成 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	現金		
	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	昭和	年 月 日	資格喪失	平成	年 月 日	
	千円	年月日	平成		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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

NTPグループ健康保険組合理事長 殿

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		昭和	〇〇年〇〇月〇〇日	男
〇〇	〇〇〇			平成		女
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〇〇-〇〇			携帯番号	〇〇〇—〇〇〇〇〇—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が、途中で他保険の被扶養者や、国民健康保険に加入した場合などは、前納保険料の返還が出来ませんのでご注意ください。						
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		
三菱東京UFJ 銀行	〇〇支店	・	〇〇〇〇〇〇〇	ケンポ タロウ		
		普通		名 義		
				健保 太郎		
※ 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。出来るだけ三菱東京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。

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	健保使用欄 認定印 ※
フリガナ	昭和・平成	男・			〇〇万円	同居	
健保 花子	〇〇年〇〇月〇〇日	女	〇〇	〇〇〇〇		別居	
フリガナ	昭和・平成	男・			万円	同居	
	年 月 日	女				別居	
フリガナ	昭和・平成	男・			万円	同居	
	年 月 日	女				別居	
フリガナ	昭和・平成	男・			万円	同居	
	年 月 日	女				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 健保 太郎

健保印