常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
（ 兼 被扶養者申請書 ）

被保険者 記号・番号		被保険者名		任意継続記号番号 （記入不要）	
生年月日	年　　月　　日	年齢		電話番号	
資格喪失年月日（退職日の翌日）				資格喪失時の 標準報酬月額	
退職時の事業所名				所在地	

被扶養者										
フリガナ 氏　名		続柄	男 女	生年月日 年　月　日	フリガナ 氏　名		続柄	男 女	生年月日 年　月　日
フリガナ 氏　名		続柄	男 女	生年月日 年　月　日	フリガナ 氏　名		続柄	男 女	生年月日 年　月　日
フリガナ 氏　名		続柄	男 女	生年月日 年　月　日	フリガナ 氏　名		続柄	男 女	生年月日 年　月　日

上記の通り申請します。

※ゆうちょ銀行「自動払込利用申込書」を添付ください。（申込書は各事業会社の人事総務もしくは郵便局にあります）

年　　月　　日

↓退職後の内容でお願いします

〒　　ー

住　所

氏　名

電話番号

メールアドレス