

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	担当者

アンリツ健康保険組合 御中

健康保険 任意継続被保険者・資格取得申請書

(略称 任継)

太枠の中を全て記入してください

		提出日		令和	年	月	日		
被保険者証の 記号・番号	記号	フリガナ				男			
	番号	氏名				女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	(才)	年齢は退職翌日の年齢			
退職後の住所	〒 -								
	メールアドレス								
自宅電話番号	- -		携帯電話番号	- -					
※ 緊急連絡先は、本人の住所と異なる親族等の方を記入してください									
緊急連絡先	フリガナ			本人との続柄	電話番号				
	氏名				- -				
【該当者のみ記入】 退職時に被扶養者であり、引き続き被扶養者の条件を満たしている方									
被扶養者申請欄	氏名	性別	生年月日		続柄	職業(学年)	同・別の区分	年金等の受給	
		男女	昭 平 令	年 月 日(才)				1.同居 2.別居	1.有り 2.無し
		男女	昭 平 令	年 月 日(才)				1.同居 2.別居	1.有り 2.無し
		男女	昭 平 令	年 月 日(才)				1.同居 2.別居	1.有り 2.無し
別居している方の住所を記入(該当者のみ)									
退職時の事業所名(出向元)				退職日	令和	年	月	日	

※健保組合からの保険給付金等の振込先は、別に提出された 受付印

「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の指定口座になります。

【提出先】 〒243-0032 神奈川県厚木市恩名5-1-1 アンリツ健康保険組合宛
・当申告書に保険証の記号番号を記入の場合は、マイナンバーの記入は不要です。

健保記入欄	資格取得年月日	平・令	年	月	日	任意継続の 記号・番号	1300 -	
	資格喪失年月日	令和	年	月	日			
	被保険者期間	2ヵ月以上 有 無		任継資格取得日	令和	年	月	日
	資格喪失時の標準報酬月額	千円		任継喪失予定日	令和	年	月	日
	任継者の標準報酬月額	410千円		決定標準報酬月額	千円			
	入力	証発行	介護	該当・非該当	備考:			
任継喪失日	令和	年	月	日	満了・未納・就・脱			

