

※任継 記号番号	※資格取得日
90	年 月 日

常務理事	事務長	係

※健保記入欄

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記入日： 年 月 日

①被保険者欄	フリガナ					生年 月日	年 月 日	
	申請者 氏名						昭和 平成	
	現住所	〒 -				退職時 保険証 の	記号	番号
	住民票 住所	〒 - <input type="checkbox"/> 同上					保険料 納付 方法	
	連絡先	自宅： - -		E-mail		<input type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 前納 半年分(割引あり) <input type="checkbox"/> 前納 1年分(割引あり)		
	給付金 還付金 振込先	(金融機関No.)	(店舗No.)	口座名義(カタカナ)		種目	口座No.(右ゾメ)	
	銀行・農協 信金・信組	本・支店 出張所			普通 当座			

扶養家族①	氏名	フリガナ	男女	続柄		職業		生年 月日	年 月 日		
									昭和 平成 令和		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居⇒ 〒 -							収入 (年収)	有・無 万円	
住民票 住所	<input type="checkbox"/> 同上 〒 -										

被保険者と同居の場合は「同居」に☑をし、住所の記入は不要です。

扶養家族②	氏名	フリガナ	男女	続柄		職業		生年 月日	年 月 日		
									昭和 平成 令和		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居⇒ 〒 -							収入 (年収)	有・無 万円	
住民票 住所	<input type="checkbox"/> 同上 〒 -										

被保険者と同居の場合は「同居」に☑をし、住所の記入は不要です。

扶養家族③	氏名	フリガナ	男女	続柄		職業		生年 月日	年 月 日		
									昭和 平成 令和		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居⇒ 〒 -							収入 (年収)	有・無 万円	
住民票 住所	<input type="checkbox"/> 同上 〒 -										

被保険者と同居の場合は「同居」に☑をし、住所の記入は不要です。

日産化学健康保険組合

受付日付印

06.01

※健保記入欄

保険料	納付方法	割引	納付期限
月	月払／半年／1年	有／無	/
月	月払／半年／1年	有／無	/
月～月	月払／半年／1年	有／無	/