

処 理 伺	常務理事	事務長	部 長	課 長	担当者
令和 年 月 日					

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者制度の加入を申請します。

なお、任意継続の資格を取得した後、毎月の保険料を納付期限内に納入しなかった場合は健康保険法第38条の規定により資格喪失となることを了承します。

神戸機械金属健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

在職時の 記号番号	フリガナ	被保険者の 氏 名	性別	生年月日
				昭和・平成 ・
住民票住所	〒 -			
居 所	〒 - 電話番号 () -			
勤務してい た事業所の	名 称			
	所 在 地			
	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成 令和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成・令和 年 月 日

被扶養者届【資格取得時】

在職中より引続き認定を希望する方は下記に記入してください。(新たに被扶養者となる方については別紙「被扶養者(異動)届」を提出してください。)

性 別	続 柄	氏 名	生 年 月 日	職業及び 収入額	同居別居 の 別
		フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和		同・別
		フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和		同・別
		フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和		同・別
		フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和		同・別
		フリガナ	昭和 平成 年 月 日 令和		同・別

被保険者証の記号番号に変えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄	
-----	--

※健保使用欄

任継記号番号 20-	在職時等級 千円	合計保険料	円 介護 有・無
	任継時等級 千円		

注・この申請書は、会社退職の翌日から20日以内に健康保険組合に提出してください。